

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON

FACULTAD DE MEDICINA



"ESTUDIO DE COHORTE RETROSPECTIVO:
ANTECEDENTE DE SOBREPESO Y OBESIDAD EN
PACIENTES DE CONSULTA PSIQUIATRICA DE
PRIMERA VEZ CON DIAGNOSTICOS DE TRASTORNOS
DEL ESTADO DE ANIMO"

POR:

DRA. BRENDA IVETH BUXADE FLORES

COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENER
EL GRADO DE
ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA

ENERO 2017

"ESTUDIO DE COHORTE RETROSPECTIVO: ANTECEDENTE DE SOBREPESO
Y OBESIDAD EN PACIENTES DE CONSULTA PSIQUIÁTRICA DE PRIMERA
VEZ CON DIAGNÓSTICOS DE TRASTORNOS
DEL ESTADO DE ÁNIMO"

Aprobación de la tesis:



DR. ALFREDO B. CUÉLLAR BARBOZA
Director de Tesis



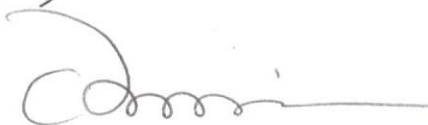
DR. FELIPE SANDOVAL AVILÉS
Coordinador de Investigación



DR. ALFREDO B. CUÉLLAR BARBOZA
Coordinador de Enseñanza



DR. STEFAN M. FERNÁNDEZ ZAMBRANO
Jefe del Servicio o Departamento



DR. FELIPE A. MORALES MARTÍNEZ
Subdirector de Estudios de Posgrado

**UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON
FACULTAD DE MEDICINA**



**“ESTUDIO DE COHORTE RETROSPECTIVO: ANTECEDENTE DE
SOBREPESO Y OBESIDAD EN PACIENTES DE CONSULTA
PSIQUIÁTRICA DE PRIMERA
VEZ CON DIAGNÓSTICOS DE TRASTORNOS
DEL ESTADO DE ÁNIMO”**

Por

DRA. BRENDA IVETH BUXADÉ FLORES

**COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENER EL GRADO DE
ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA**

ENERO, 2017

“ESTUDIO DE COHORTE RETROSPECTIVO: ANTECEDENTE DE SOBREPESO
Y OBESIDAD EN PACIENTES DE CONSULTA PSIQUIÁTRICA DE PRIMERA
VEZ CON DIAGNÓSTICOS DE TRASTORNOS
DEL ESTADO DE ÁNIMO”

Aprobación de la tesis:

DR. ALFREDO B. CUÉLLAR BARBOZA
Director de Tesis

DR. FELIPE SANDOVAL AVILÉS
Coordinador de Investigación

DR. ALFREDO B. CUÉLLAR BARBOZA
Coordinador de Enseñanza

DR. STEFAN M. FERNÁNDEZ ZAMBRANO
Jefe del Servicio o Departamento

DR. FELIPE A. MORALES MARTÍNEZ
Subdirector de Estudios de Posgrado

DEDICATORIA

Todos mis esfuerzos y logros siempre estarán inspirados en las personas que más amo que son ustedes, mi familia. Este trabajo se lo quiero dedicar a mi hija Regina, a mi esposo Ricardo, y a mis padres Brenda y Manuel. Los amo!

AGRADECIMIENTOS

No sería un éxito haber cumplido esta meta sin poderla compartir con ustedes. Gracias Ricardo por la paciencia y el apoyo durante estos años; gracias Regina por ser mi motor del día a día, sé que el tiempo que sacrificamos juntas será recompensado; gracias a mis padres por todo su amor y apoyo incondicional.

Asimismo agradezco a todos mis maestros que estuvieron involucrados en mi entrenamiento como especialista estos 4 años en el Departamento de Psiquiatría, gracias por su tiempo y paciencia.

Gracias a mis compañeros de especialidad por ser como una segunda familia, y darme ese apoyo necesario en momentos difíciles y por hacer cada día más disfrutable.

Y muchas gracias a mis pacientes por motivarme a prepararme cada día más, y por dejarme aprender de ustedes.

TABLA DE CONTENIDO

Capítulo I	Página
RESUMEN.....	10
Introducción y objetivos	
Método	
Resultados	
Conclusiones	
 Capítulo II	
INTRODUCCIÓN.....	14
Trastornos del estado de ánimo	
Trastorno depresivo mayor	
Trastorno bipolar	
Sobrepeso y obesidad	
Trastornos del estado de ánimo y sobrepeso/obesidad	
 Capítulo III	
HIPÓTESIS.....	21
H1	
H0	
 Capítulo IV	
OBJETIVOS.....	22
Objetivo general	

Objetivos específicos

Capítulo V

MATERIAL Y MÉTODOS.....23

Diseño Metodológico

Población y muestra

Criterios de inclusión

Criterios de exclusión

Criterios de eliminación

Consideraciones éticas

Cálculo del tamaño de la muestra

Análisis estadístico

Instrumentos

MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional

Procedimiento

Capítulo VI

RESULTADOS.....29

Características sociodemográficas de la muestra

Características clínicas de la muestra

Frecuencia de los trastornos del estado de ánimo

Características sociodemográficas según diagnóstico de TEA

Frecuencia del IMC según clasificación de la OMS

Características clínicas y sociodemográficas según el IMC

Capítulo VII

DISCUSIÓN.....	38
----------------	----

Capítulo VIII

CONCLUSIONES.....	41
-------------------	----

Capítulo IX

ANEXOS.....	42
-------------	----

Capítulo X

BIBLIOGRAFÍA.....	64
-------------------	----

Capítulo XI

RESUMEN AUTOBIOGRÁFICO.....	69
-----------------------------	----

INDICE DE TABLAS

Tabla	Página
1) Características sociodemográficas de la muestra.....	29
2) Características clínicas de la muestra.....	30
3) Características clínicas y sociodemográficas entre diagnósticos de trastornos del estado de ánimo.....	32
4) Regresión Logística Multinomial entre diagnósticos.....	34
5) Características clínicas y sociodemográficas entre diagnósticos de IMC....	36

INDICE DE FIGURAS

Figura	Página
1) Prevalencia de los trastornos del estado de ánimo en México.....	15
2) Diseño del estudio.....	28
3) Frecuencia de los trastornos del estado de ánimo.....	31
4) Frecuencia del IMC según la OMS.....	35

CAPÍTULO I

RESUMEN

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

En México la prevalencia de padecer un trastorno del estado de ánimo en el transcurso de la vida se estima en 9.2% (1). En algunos estudios en países de primer mundo se ha encontrado una asociación positiva entre obesidad y TDM en la población general, la cual parece ser más significativa en mujeres (2); esta asociación también se ha encontrado con el trastorno bipolar (3). Existen pocos estudios en población mexicana en donde se busque una asociación entre trastornos del estado de ánimo con sobrepeso y obesidad. A nuestro conocimiento, todavía se desconoce si existe esta asociación en nuestra población de pacientes. Es por eso que llevamos a cabo este protocolo de investigación; ya que es importante conocer la presentación clínica de pacientes con trastorno del estado de ánimo en correlación con sobrepeso u obesidad. En nuestro estudio examinamos si existe alguna diferencia en el índice de masa corporal (IMC) entre las poblaciones de pacientes con depresión unipolar y bipolar de consulta psiquiátrica de primera vez, en una cohorte retrospectiva mexicana.

MÉTODO:

Se utilizaron expedientes clínicos de pacientes que acudieron a consultar por primera vez, entre el 01 de enero del 2013 al 31 de diciembre del 2013, a la consulta externa del Departamento de Psiquiatría del Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González”. Realizamos una búsqueda electrónica para obtener los registros de los expedientes de pacientes con todos los trastornos del estado de ánimo diagnosticados de forma clínica (según criterios del DSM-IV-TR) y apoyados en la Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional MINI. Posteriormente se recolectaron los datos de los expedientes y se digitalizó la información en una base de datos. El análisis estadístico se llevó a cabo mediante el programa SPSS v23. Se utilizó la prueba Chi-cuadrada de Pearson para las variables categóricas, clínicas y socio-demográficas; la prueba de t de Student para las variables continuas, clínicas y socio-demográficas; el análisis de varianza (ANOVA) para comparar los distintos diagnósticos con variables dependientes; y por último un Modelo de Regresión Logística Multinomial (NOMREG) para las correlaciones entre el IMC con diagnóstico y variables clínicas.

RESULTADOS:

Encontramos una $n=396$ evaluaciones de primera vez con diagnóstico de trastornos del estado de ánimo. El 81% de esta muestra tenían trastorno depresivo mayor; 9.3% trastorno bipolar tipo I (TBI); y el 9.6% trastorno bipolar tipo II (TBII). La mayoría (69%) eran mujeres, y el 21% eran hombres. La edad media del total de los pacientes fue de 38 ± 15 años. La media (M) del IMC fue de 26 ± 5 .

Las diferencias significativas que encontramos en las variables sociodemográficas entre los distintos diagnósticos de trastornos del estado de ánimo fueron: a) los pacientes con TBII tenían una edad menor al momento de la consulta ($M 31 \pm 11$) que los pacientes con TDM ($M 38 \pm 16$) y TBI ($M 41 \pm 16$), b)

la edad de inicio fue más temprana en pacientes con TBI ($M 25 \pm 12$) que los pacientes con TDM ($M 32 \pm 16$) y TBII ($M 27 \pm 11$), c) los pacientes con TBI tenían un IMC mayor ($M 28 \pm 6$) que los pacientes con TDM ($M 26 \pm 5$) y TBII ($M 24 \pm 5$) sin embargo el sobrepeso se observó en la mayoría de los grupos, d) los pacientes con TBI (42%) habían tenido más hospitalizaciones previas que los pacientes con TDM (10%) y TBII (11%), e) los pacientes con TBII (79%) tenían mayor consumo que los pacientes con TDM (48%) y TBI (51%).

Las diferencias significativas que encontramos en las variables sociodemográficas entre los distintos diagnósticos según el IMC fueron: a) Al momento de la consulta los pacientes con infrapeso tenían una edad menor ($M 28 \pm 11$) y aquellos con obesidad tenían una edad mayor (sobre todo los que tenían obesidad tipo III, $M 48 \pm 9$) comparado al resto de los grupos; b) la edad de inicio de los síntomas fue más temprana en los para los pacientes con infrapeso ($M 25 \pm 15$), y más tardía para los que tenían obesidad (sobre todo los que tenían obesidad tipo II, $M 37 \pm 14$) comparado con el resto de los grupos; c) los pacientes con infrapeso tenían menos años de enfermedad ($M 4 \pm 3$) y aquellos con obesidad tenían más años de enfermedad (sobre todo los que tenían obesidad tipo III, $M 12 \pm 16$) comparado con el resto de los grupos; d) se observó una diferencia significativa en el consumo de alcohol entre los grupos de IMC.

CONCLUSIONES

1. Existen diferencias del IMC entre los grupos de TEA, pero el IMC no se correlaciona con el diagnóstico, por lo tanto no es un factor predictivo.
2. Los hallazgos en nuestro estudio fueron:
 - La edad de consulta y edad de inicio fueron predictores de TB I sobre TDM y TB II.

- El antecedente de hospitalizaciones previas fue predictor de TB I sobre TDM.
 - El Consumo de cualquier cantidad de alcohol, fue predictor de TB II sobre TBI.
 - La edad de consulta y edad de inicio son menores en pacientes con infrapeso y mayores en pacientes con obesidad.
 - Existe una diferencia en el consumo de alcohol entre grupos de IMC.
3. La media reportada de IMC ($M = 26 \pm 5$), es menor a lo reportado en la literatura americana (3).

CAPÍTULO II

INTRODUCCIÓN

En el siguiente escrito expondré mi tesis la cual está organizada en varios capítulos en los cuales se expondrá todo el trabajo que se realizó durante la investigación. En los primeros 5 capítulos se encuentre un breve resumen del trabajo, una introducción al tema basado en literatura nacional e internacional (antecedentes de los trastornos del estado de ánimo, antecedentes del sobrepeso y obesidad y el impacto que tienen estos últimos en los trastornos del estado de ánimo), planteamiento del protocolo de investigación, la hipótesis, los objetivos, materiales y métodos, y como se llevó a cabo el análisis estadístico. En los siguientes capítulos se describen los resultados con apoyo visual de tablas, para posteriormente pasar a las conclusiones. En los últimos capítulos se encuentran los anexos, la bibliografía, y un resumen autobiográfico.

A nuestro conocimiento existen pocos estudios en donde se busque una asociación entre trastornos del estado de ánimo con sobrepeso y obesidad en población mexicana.

Es importante crear consciencia en la población médica sobre la evaluación, comorbilidad, y tratamiento multidisciplinario en los pacientes con trastornos del estado de ánimo con sobrepeso u obesidad.

Por lo tanto, ante esta falta de información de utilidad clínica, el estudio se centró en investigar si existen asociaciones entre el IMC y los trastornos del

estado de ánimo, y si existen diferencias en el IMC entre las depresiones unipolares y bipolares.

A continuación se expondrán una introducción de los trastornos del estado de ánimo, antecedentes de sobrepeso y obesidad, y cómo influyen estos últimos en pacientes con trastorno del estado de ánimo.

TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO

Los trastornos del estado de ánimo son un grupo de afecciones clínicas que se caracterizan por la pérdida del control de sus estados de ánimo y sus afectos, y por el sufrimiento subjetivo de un gran malestar.

Los trastornos del estado de ánimo incluyen: trastorno depresivo mayor (TDM), trastorno bipolar (TB), y otros trastornos del estado de ánimo (trastorno distímico, trastorno ciclotímico, trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias, trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica y trastorno del estado de ánimo no especificado) (4).

De acuerdo a la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica la prevalencia de trastornos del estado de ánimo en México en población general es de 9.2%, siendo 7.2% para Trastorno depresivo mayor y 1.9% para Trastorno bipolar (5).

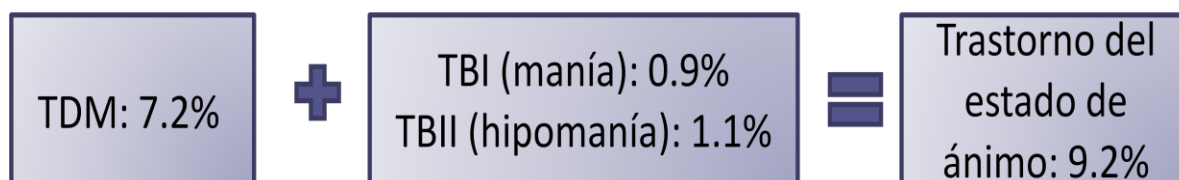


Figura 1: Prevalencia de trastornos del estado de ánimo en México

TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR

El trastorno depresivo mayor está definido por el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV) como un trastorno en donde uno de los síntomas debe ser estado de ánimo deprimido o anhedonia. En el TDM se encuentran 5 o más de los siguientes síntomas: estado de ánimo deprimido, anhedonia, aumento/disminución de peso (5% del peso corporal en 1 mes) y/o hiperfagia/hiporexia, insomnio o hipersomnia, agitación o retraso psicomotor, fatiga, sentimiento de minusvalía o culpa excesiva, disminución en la concentración, ideas de muerte y/o ideación suicida. Los síntomas deben estar presentes la mayor parte del día, la mayoría de los días. Los síntomas causan un malestar clínico significativo y/o un deterioro en lo social, laboral, u otras áreas importantes del funcionamiento (4).

Según datos de la OMS del año 2012, menciona que la depresión es el trastorno mental más frecuente, afectando a más de 350 millones de personas en todo el mundo, representando el principal factor de discapacidad, contribuyendo de forma muy importante a la carga mundial de morbilidad. Se menciona también que la depresión causa aproximadamente 1 millón de muertes al año, por suicidio, alrededor del mundo (6).

TRASTORNO BIPOLAR

Los pacientes con TB presentan episodios caracterizados por humor persistentemente elevado y/o irritable conocidos como manía/hipomanía los cuales alternan con episodios de depresión. Los TB a su vez se dividen en 2

subtipos principales Trastorno Bipolar tipo I (TB-I) y Trastorno Bipolar tipo II (TB-II). Para realizar el diagnóstico de TB-I según el DSM-IV se requiere de un episodio maniaco. No se requiere de la presencia de un episodio depresivo; sin embargo se presentan con frecuencia. El diagnóstico de TB-II se requiere de uno o más episodios de hipomanía junto con uno o más episodios de depresión mayor (6). Las diferencias entre episodios de manía e hipomanía se encuentran en la duración del episodio (un mínimo de cuatro días para el episodio de hipomanía y para el episodio de manía siete días o cualquier duración en caso de ser necesaria la hospitalización) y la gravedad del episodio (en el episodio de hipomanía no hay síntomas psicóticos y los síntomas no son los suficientemente graves como para causar deterioro social/laboral importante, y/o necesidad de hospitalización) (4).

El trastorno bipolar es uno de los trastornos mentales más comunes, severos y persistentes. La prevalencia conjunta de todos los trastornos bipolares ha sido valorada en un estudio de 12 meses, realizado en 2005 con una muestra de 9282 individuos mayores de 18 años en EEUU en el que se reportó la presencia del trastorno en 2,6% de la población. La prevalencia del trastorno Bipolar tipo I se sitúa entre el 0,4 y el 1,6 % de la población general según DSM-IV, siendo igual para ambos sexos y entre grupos étnicos. La prevalencia del trastorno Bipolar tipo II está en torno al 0,5% de la población, también según DSM-IV, el cual es más prevalente en mujeres (8).

SOBREPESO Y OBESIDAD

La obesidad es una enfermedad médica crónica y compleja que refleja una acumulación excesiva o distribución anormal del tejido adiposo (9). La obesidad es comúnmente diagnosticada usando el índice de masa corporal (IMC), el cual se

calcula dividiendo el peso (en kilogramos) entre peso (metros) al cuadrado. El IMC trata de estimar el total de la grasa corporal. El sobrepeso es definido por un IMC de 25.0-29.9 y la obesidad por un IMC ≥ 30 (10).

Según la última Encuesta Nacional de Salud y Nutrición del año 2012 existe una prevalencia de sobrepeso y obesidad en adultos mayores de 20 años de: 69.4% en hombres y 73% en mujeres. En la categorización por regiones, el Norte tuvo una prevalencia de sobrepeso $\approx 10\%$ menor que las otras regiones, pero una prevalencia de obesidad mayor que el Centro (17.1%), Ciudad de México (15.9%) y Sur (14.9%). Esto último constituyendo un serio problema de salud pública, por lo que es indispensable redoblar esfuerzos para disminuir estas prevalencias que están aumentando el riesgo de enfermedades crónicas, con grandes costos directos e indirectos para el Estado (11).

TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO Y SOBREPESO/OBESIDAD

En cuanto a la asociación entre obesidad y depresión, en revisiones y meta-análisis recientes se han arrojado resultados inconsistentes (12-15). En general, la literatura en adultos sugiere que la obesidad se asocia débilmente con depresión mayor (16). En otros estudios realizados en la comunidad se ha observado que: la obesidad está asociada al TDM en mujeres; sin embargo la mayoría de las personas con sobrepeso y obesidad no tienen trastornos del estado de ánimo (17). Los hallazgos parecen ser más fuertes en los estudios realizados en Estados Unidos, con dos encuestas representativas a nivel nacional de adultos que reportan de manera significativa un riesgo elevado de depresión mayor asociado con obesidad (18,19). Aunque la naturaleza de estos estudios de sección transversal se opone a inferencias respecto a la dirección de la asociación, hay pocos estudios prospectivos que mencionan que la probabilidad de que la

depresión eleve el riesgo de desarrollar obesidad es mayor que a la inversa (14,20,21). Los resultados recientes del estudio US CARDIA confirman que la depresión precipita el aumento de peso (22). A pesar de esto, la meta-análisis más grande, realizada con estudios transversales basados en poblaciones internacionales de adultos, concluyó que hay una asociación moderada entre la depresión y la obesidad, en particular en mujeres (2).

El trastorno Bipolar se asocia a obesidad, sobrepeso, y obesidad abdominal. En un análisis de 86,028 sujetos en una base de datos de la Health Management Organization Database los pacientes con TB mostraron mayores tasas de obesidad (47%) que los pacientes sin TB (27% $p=0.002$). Aunque el peso corporal aumenta después del diagnóstico y tratamiento del trastorno bipolar, se han encontrado anomalías en el peso de pacientes con trastorno bipolar que aún no han sido tratados farmacológicamente. En un estudio italiano se encontró que el 41% de los pacientes con TB no tratados tenían sobrepeso u obesidad, comparado con un 11% de pacientes con trastorno obsesivo compulsivo (3). Se realizó un estudio en el cual se utilizó la Encuesta Epidemiológica Nacional sobre el Alcohol y Condiciones Relacionadas (National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions) del 2001-2002 para determinar si la prevalencia de obesidad era elevada entre sujetos con TB, y si la obesidad se asociaba con una mayor gravedad. Las observaciones fueron: 1) una vez controlando las variables demográficas se observó que los sujetos con TB tienen mayor riesgo de obesidad que los sujetos sin trastornos del estado de ánimo; 2) entre los sujetos con TB, la obesidad se asocia con un deterioro clínico determinado por los números de episodios y su duración, comorbilidad con otros trastornos mentales, y tratamiento utilizado. Los sujetos obesos con TB tenían mayor comorbilidad con trastornos de ansiedad y episodios depresivos más largos. Los sujetos obesos con TB también tenían más condiciones médicas diagnosticadas (taquicardia, hipertensión, artritis, etc.) y un pobre funcionamiento físico y mental comparado con sujetos con TB que no eran obesos (23).

En un estudio reciente se publicó que el TB es una enfermedad crónica asociada a una elevada morbilidad, discapacidad y mortalidad. Las comorbilidades médicas más frecuentes son: la enfermedad cardiovascular, la diabetes mellitus, la obesidad y la enfermedad de la tiroides²⁴. La alta prevalencia de estas condiciones médicas podría ser debido a un aumento en la prevalencia de factores de riesgo metabólico en pacientes con TB, como: obesidad, hipertrigliceridemia, disminución de la lipoproteína de alta densidad (HDL), e hipertensión (24). Hallazgos en revisiones anteriores (25) y en meta-análisis (26) indican que pacientes con TB tienen mayor riesgo de síndrome metabólico.

CAPÍTULO III

HIPÓTESIS

H1

Existe una diferencia de IMC entre las poblaciones de pacientes con TDM, TBI, y TBII.

H0

No existe una diferencia de IMC entre las poblaciones de pacientes con TDM, TBI, y TBII.

CAPÍTULO IV

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Evaluar si existe alguna diferencia en el IMC entre las poblaciones de pacientes con depresión unipolar y bipolar de consulta psiquiátrica de primera vez.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Determinar si existe una correlación entre las variables de sobrepeso y obesidad con trastornos del estado de ánimo (TDM, TB I y TB II).
2. Correlacionar sobrepeso u obesidad en trastornos del estado de ánimo con variables clínicas y socio demográficos.
3. Conocer si existen diferencias en variables clínicas y sociodemográficas entre la clasificación de sobrepeso y obesidad de la OMS.
4. Discutir nuestros resultados con los de la literatura anglosajona.

CAPÍTULO V

MATERIAL Y MÉTODOS

DESCRIPCIÓN DEL DISEÑO

El trabajo fue un estudio retrospectivo de cohorte, que se centró en las características clínicas y sociodemográficas de los trastornos del estado de ánimo principalmente en el antecedente de índice de masa corporal (IMC) en pacientes que consultaron por primera vez en el Departamento de Psiquiatría del Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González” de la Universidad Autónoma de Nuevo León en el año 2013. Después de recabar los datos de interés de los expedientes clínicos se evaluaron las características clínicas (entre ellas el IMC) y sociodemográficas en los distintos trastornos del estado de ánimo, además de buscar si existía alguna correlación entre estos últimos con sobrepeso u obesidad.

POBLACIÓN Y MUESTRA

La muestra del estudio estuvo conformada por los expedientes clínicos de pacientes que consultaron por primera vez del 01 de enero del 2013 al 31 de diciembre del 2013, en el Departamento de Psiquiatría del Hospital Universitario

“Dr. José Eleuterio González”, y fueron diagnosticados con algún trastorno del estado de ánimo.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

1. Pacientes de primera vez del 1 de enero del 2013 al 31 de diciembre del 2013, que cumplieron con los criterios diagnósticos del DSM IV para TDM, TBI y TBII
2. Pacientes que se encontraban entre las edades de 18 a 80 años.
3. Pacientes que firmaron el consentimiento informado de la consulta de primera vez.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

1. Pacientes que presenten datos insuficientes en la Entrevista Neuropsiquiatría Internacional (MINI), en el área de trastornos del estado de ánimo.
2. Pacientes con el Diagnostico actual o previo de Retraso Mental, por clínica.
3. Pacientes con Diagnostico actual o previo de Esquizofrenia, por clínica y/o por el MINI.
4. Pacientes sometidos a algún procedimiento legal, de acuerdo al expediente clínico.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

1. Imposibilidad para encontrar el Expediente.
2. Expediente no legible o datos insuficientes

CONSIDERACIONES ÉTICAS

El presente estudio se realizó con la finalidad de buscar beneficio en los sujetos de estudio. Antes del inicio del estudio de investigación se obtuvo la aprobación del Comité de Ética con el folio PS16-00015.

Se obtuvo información de expedientes realizados durante la consulta de primera vez de pacientes que previamente habían firmado consentimiento informado sobre dicha consulta.

Durante todo el estudio se respetó la confidencialidad de la información obtenida de los expedientes y se omitirá la identidad de los participantes.

CÁLCULO DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA

La muestra se obtuvo de todos los expedientes que cumplieron con los criterios de inclusión, con un total de 396 expedientes.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Para el análisis estadístico de las variables categóricas, clínicas y socio-demográficas, y los diferentes diagnósticos de trastornos del estado de ánimo se utilizó la prueba Chi-cuadrada de Pearson.

Para poder comparar las variables continuas (clínicas y socio-demográficas) con los diferentes diagnósticos (TDM, TBI y TB II) se utilizó la prueba de t de Student y pruebas no paramétricas para distribuciones anormales.

El test de ANOVA se utilizó para comparar los diferentes diagnósticos (trastorno depresivo mayor, trastorno bipolar I y II) con las variables dependientes y observar si existe alguna diferencia significativa entre las mismas.

La regresión logística multinominal (NOMREG) se utilizó para buscar una asociación entre las variables de interés (sobrepeso y obesidad) con los diferentes diagnósticos (trastorno depresivo mayor, trastorno bipolar I y II) y con las variables socio-demográficas y observar si existe una diferencia significativa.

INSTRUMENTOS

MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (Apéndice B)

La MINI es una entrevista diagnóstica estructurada que se desarrolló para explorar los criterios diagnósticos de los diagnósticos en Eje I según el DSM-IV y por su estructura puede ser aplicada por personal no especializado. Fue creada ante la necesidad de un instrumento diagnóstico breve y confiable tanto para clínica como para investigación (27, 28).

La MINI incluye 23 diagnósticos basados en el CIE-10 y el DSM-IV (29, 30). Se organiza en secciones según los diagnósticos iniciando con 3 o 4 preguntas (si o no) de cribado y los síntomas adicionales se preguntan según la respuesta a las preguntas de cribado (27, 28).

En análisis test-retest se han demostrado valores de kappa que indican excelente acuerdo para 6 diagnósticos; regular a buen acuerdo en seis diagnósticos; y pobre acuerdo con otros 7 diagnósticos (27).

La MINI ha sido traducida a 43 idiomas distintos y su validación y confiabilidad se ha explorado no sólo en su idioma original (inglés) si no en muchos otros entre ellos el español (31).

PROCEDIMIENTO

El estudio tuvo lugar en el Departamento de Psiquiatría del Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González” en la ciudad de Monterrey, Nuevo León de marzo a noviembre del 2015.

Lo primero que se realizó fue una búsqueda electrónica, a través del departamento de informática del Hospital Universitario “José Eleuterio González”, en el registro electrónico del departamento, con los diagnósticos de trastorno depresivo mayor; trastornos bipolares tipo I y II.

Posteriormente se efectuará una búsqueda manual en los expedientes (obtenidos por los registros encontrados mediante la búsqueda en el registro electrónico del departamento) de los datos socio-demográficos y clínicos como: peso y talla de los pacientes (ambos obtenidos por medición de un clínico), consumo de alcohol (frecuencia y cantidad), consumo de sustancias, consumo de tabaco, antecedente de abuso sexual, y antecedentes heredo-familiares de trastornos del estado de ánimo (éstas últimas variables son auto reportadas). También se recabaron los diagnósticos, realizados durante la primera consulta, según: DSM-IV TR y Entrevista Neuropsiquiatría Internacional (MINI) respectivamente.

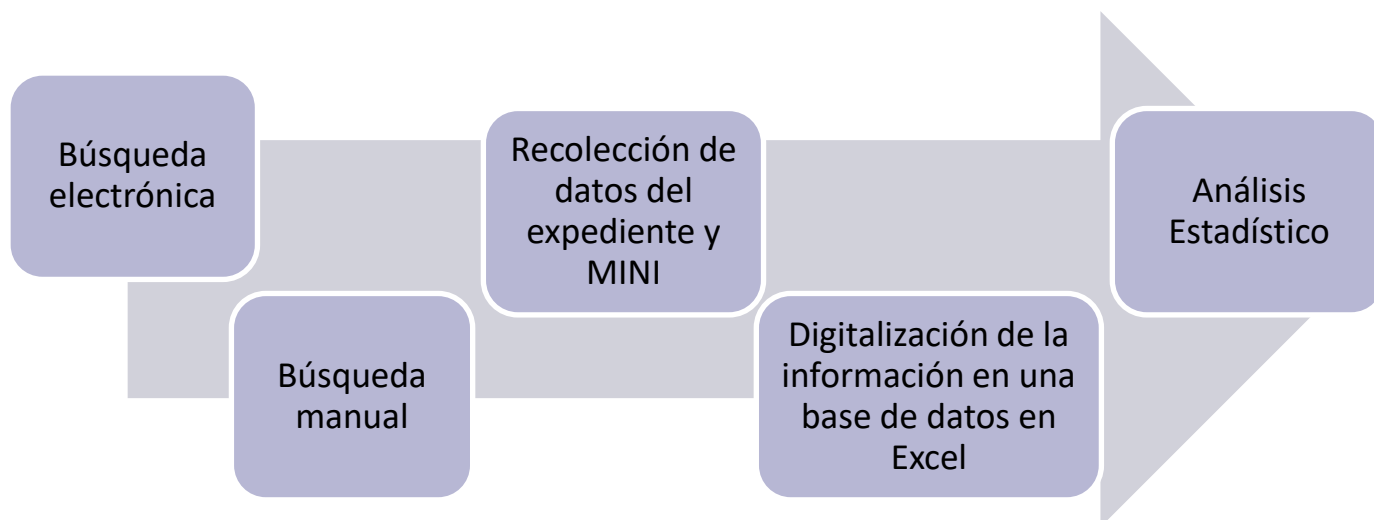


Figura 2: Diseño del estudio

A continuación se digitalizó la información obtenida (variables de la entrevista de primera vez y respuestas a la entrevista M.I.N.I) en una base de datos (en un documento de Microsoft Excel) para posteriormente correr el análisis estadístico en el programa SPSS v23. En dicha base de datos utilizamos un registro propio para proteger la confidencialidad de los sujetos de investigación y al finalizar el estudio, el acceso a esta base de datos es exclusivo de los miembros del equipo de investigación.

CAPÍTULO VI

RESULTADOS

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA MUESTRA

La muestra total es de 396 expedientes de los cuales 122 (31%) son hombres y 274 (69%) mujeres. La edad media de los pacientes al momento de la consulta fue de 38 años (con una desviación estándar de 15), y la edad de inicio de los síntomas fue de 31 años (con una desviación estándar de 15). El 36% (n=143) de la muestra es casado o vive en unión libre y un 64% (n=253) está soltero. El 42% (n=163) estaban trabajando al momento de la consulta, y el resto desempleado (n=229). Obtuvimos que el 32% (n=124) tienen educación de 0-9 años, 25% (n=99) de 10-12 años, y 43% (n=171) más de 12 años. En la siguiente tabla se observan las características de la muestra.

		Frecuencia	%
Sexo	Masculino	122	31
	Femenino	274	69
Estado Civil	Casado o UL	143	36
	Soltero	253	64
Empleo	Si	163	42
	No	229	58
Educación	0-9 años	124	32
	10-12 años	99	25
	> 12 años	171	43

Tabla 1: Características sociodemográficas de la muestra

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LA MUESTRA

Dentro de las características clínicas encontramos que en nuestra población 13% (n=52) presentó hospitalizaciones previas; el 36% (n=141) de los pacientes presentaba tabaquismo; el 51% (n=202) de la población en estudio tenía uso de alcohol; y el 21% (n=70) tenía antecedente de abuso sexual.

		Frecuencia	%
Hospitalización previa	Si	52	13
	No	339	87
Tabaco	Si	141	36
	No	251	64
Alcohol	Si	202	51
	No	190	49
Abuso sexual	Si	70	21
	No	264	79

Tabla 2: Características clínicas de la muestra

FRECUENCIA DE LOS TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO

De la muestra de 396 expedientes obtuvimos una frecuencia de: trastorno depresivo mayor del 81% (n=320); 9.3% (n=37) de trastornos bipolar I y 9.6% (n=38) de trastornos bipolar II.

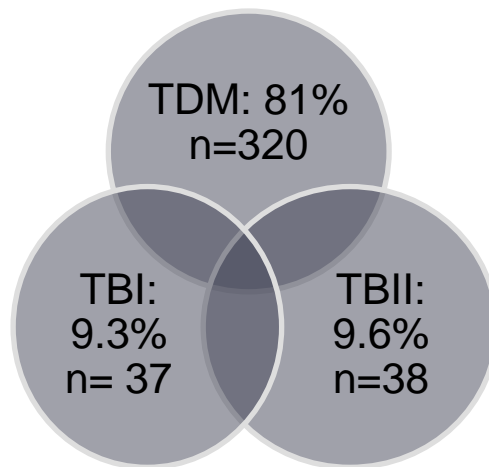


Figura 3: Frecuencia de Trastornos del estado de ánimo

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y CLÍNICAS SEGÚN DIAGNÓSTICO DE TEA

Clasificamos la muestra según los distintos trastornos del estado de ánimo (trastorno depresivo mayor, trastorno bipolar I, y trastorno bipolar II). Para las variables categóricas como sexo, estado civil, empleo, etc se utilizó: Prueba Chi-cuadrada de Pearson y ANOVA para Edad, edad de inicio, e IMC. Para todas las pruebas se utilizó un valor de alfa (α) de .05 para establecer significancia de los resultados.

La prevalencia de mujeres fue mayor en los diferentes diagnósticos (TDM: 70%; TBI: 68%; y TBII: 66%). En cuanto a la media de edad al momento de la consulta los pacientes con TBII tenían una edad menor ($M 31 \pm 11$) que los pacientes con TDM ($M 38 \pm 16$) y TBI ($M 41 \pm 16$). La edad de inicio de los síntomas fue más temprana en pacientes con TBI ($M 25 \pm 12$) que los pacientes con TDM ($M 32 \pm 16$) y TBII ($M 27 \pm 11$). Los pacientes con TBI tenían un IMC

mayor ($M 28 \pm 6$) que los pacientes con TDM ($M 26 \pm 5$) y TBII ($M 24 \pm 5$); sin embargo el sobrepeso se observó en la mayoría de los grupos. La mayoría de los pacientes estaban solteros y no se observaron diferencias significativas entre diagnósticos (TDM: 63%; TBI: 62%; y TBII: 76%). El desempleo fue lo que más se reportó, sin observarse diferencias entre los diagnósticos (TDM: 59%; TBI: 60%; y TBII: 54%). En cuanto a hospitalizaciones psiquiátricas previas, los pacientes con TBI (hasta 42%) habían tenido más hospitalizaciones que los pacientes con TDM (10%) y TBII (11%).

Tabla 3: Características clínicas y sociodemográficas entre los diferentes diagnósticos

		N	TOTAL	TDM	TB I	TB II	P
Sexo	Masculino	396	122 (31%)	97a (30%)	12a(32%)	13a (34%)	.859
	Femenino		274 (69 %)	224a (70%)	25a (68%)	25a (66%)	
Edad		396	38 ± 15	$38a \pm 16$	$41a \pm 13$	$31b \pm 11$	0.006
Edad Inicio		327	31 ± 15	$32a \pm 16$	$27a,b \pm 11$	$25b \pm 12$	0.009
IMC		374	26 ± 5	$26a,b \pm 5$	$28a \pm 6$	$24b \pm 4$	0.009
Estado Civil	Soltero	396	253 (64%)	201a (63%)	23a (62%)	29a (76%)	.245
	Casado		143 (36%)	120a (37%)	14a (38%)	9a (24%)	
Empleo	Si	392	163 (42%)	131a (41%)	15a (41%)	17a (46%)	.850
	No		229 (58%)	187a (59%)	22a (60%)	20a (54%)	
Hospitalizaciones previas	Si	391	52 (13%)	33a (10%)	15b (42%)	4a (11%)	.00
	No		339 (87%)	285a (90%)	21b (58%)	33a (89%)	

Contrario a lo reportado en la literatura los pacientes con TBII (79%) tenían mayor consumo de alcohol que los pacientes con TDM (48%) y TBI (51%). El consumo de tabaco fue de: 34% para TDM, 36% para TBI y 53% para TBII (sin diferencias estadísticamente significativas $p=0.07$). El 20% de los pacientes con

TDM tuvo antecedente de abuso sexual vs 23% de los pacientes con TBI vs 25% de los pacientes con TBII. No se observaron diferencias estadísticamente significativas en el nivel de educación entre diagnósticos.

Tabla 3: Características clínicas y sociodemográficas entre los diferentes diagnósticos

		N	TOTAL	TDM	TBI	TB II	P
Tabaco	Si	392	141 (36%)	109a(34%)	12a (32%)	20a (53%)	.077
	No		251 (64%)	208a (66%)	25a (68%)	18a (47%)	
Uso Alcohol	Si	392	202 (51%)	153a (48%)	19a (51%)	30b (79%)	.002
	No		190 (49%)	164a (52%)	18a (49%)	8b (21%)	
Abuso Sexual	Si	334	70 (21%)	54a(20%)	7a (23%)	9a (25%)	.755
	No		264 (79%)	214a (80%)	23a(77%)	27a (75 %)	
Educación (años)	0-9	394	124 (32%)	106a (33%)	14a (38%)	4b (11%)	0.14
	10-12		99 (25%)	82a (26%)	9a (24%)	8a (21%)	
	>12		171 (43%)	131a (41%)	14a (38%)	26b (68%)	

Posterior a realizar el análisis con mediante las pruebas de Chi-cuadrada de Pearson, t de Student, y el ANOVA, se realizó una Regresión Logística Multinomial con las variables que tuvieron resultados con una $p < 0.05$. Los resultados fueron los siguientes: a) Aumentar la edad al momento de la consulta es predictor de TB I sobre TDM ($OR=0.9$, $p=0.018$) y TBII ($OR=0.9$, $p=0.005$); b) bajar un año a la edad de inicio es predictor de TB I sobre TDM ($OR=1$, $p=0.001$) y TBII ($OR=1$, $p=0.011$); c) tener una hospitalización previa es predictor de TBI sobre TDM ($OR=0.25$, $p=0.003$); d) consumir cualquier cantidad de alcohol es predictor de TBII sobre TBI ($OR=4$, $p=0.022$); y e) existe una tendencia que al

subir el IMC se acerque más al diagnóstico de TBI que al TBI (OR=0.91, p=0.13) y TDM (OR=0.93, p=0.10).

Tabla 4: Regresión Lógica Multinomial entre diagnósticos

	MINI	B	SE	WALD	dF	p	OR (95%CI)
TDM	Intercept	3.784	1.139	11.036	1	.001	.
	Edad	-.052	.022	5.613	1	.018	.949 (.909 - .991)
	Edad Inicio	.079	.024	11.262	1	.001	1.082 (1.034 - 1.134)
	IMC	-.065	.040	2.641	1	.104	.937 (.867 - 1.013)
	SEXO: M	.242	.521	.216	1	.642	1.274 (.459 - 3.541)
	SEXO: F	0 ^b	.	.	0	.	.
	OH: SI	.223	.443	.252	1	.615	1.249 (.524 - 2.977)
	OH: NO	0 ^b	.	.	0	.	.
	HP: SI	-1.392	.472	8.704	1	.003	.249 (.099-.627)
	HP: NO	0 ^b	.	.	0	.	.
TB II	Intercept	2.899	1.583	3.355	1	.067	.
	Edad	-.120	.042	8.035	1	.005	.887 (.816 - .964)
	Edad Inicio	.108	.043	6.446	1	.011	1.114 (1.025 - 1.211)
	IMC	-.087	.059	2.222	1	.136	.916 (0.817 - 1.028)
	SEXO: M	.212	.654	.105	1	.746	1.236 (.343 - 4.452)
	SEXO: F	0 ^b	.	.	0	.	.
	OH: SI	1.577	.645	5.232	1	.022	4.374(1.235-15.490)
	OH: NO	0 ^b	.	.	0	.	.
	HP: SI	-1.577	.873	3.626	1	.071	.207 (.037-1.144)
	HP: NO	0 ^b	.	.	0	.	.

La categoría de referencia es TBI, ^b: el parámetro es 0 porque es redundante

FRECUENCIA DEL IMC SEGÚN CLASIFICACIÓN OMS

Del total de 374 sujetos: el infrapeso se presentó en el 5% (n=18) de sujetos, el 44% (n=164) tuvo un IMC normal, 31% (n=115) presentó sobrepeso, 14% (n=54)

obesidad, y 6% (n=23) obesidad mórbida. Dividiendo al grupo de sujetos entre TDM (n=303), TBI (n=34) y TBII (n=37) los resultados fueron los siguientes: el infrapeso se presentó en el 5% (n=16) del TDM vs 0% en TBI vs 5% (n=2) en TBII; el 42% (n=128) del TDM tuvo un IMC normal vs 44% (n=15) en TBI vs 57% (n=21) en TBII; el sobrepeso se observó en 32% (n=97) del TDM vs 21% (n=7) en TBI vs 30% (n=11) en TBII; la obesidad se reportó en el 15% (n=45) del TDM vs 21% (n=7) en TBI vs 5% (n=2) en TBII; y finalmente el 6% (n=17) del TDM tuvo un IMC normal vs 15% (n=5) en TBI vs 3% (n=2) en TBII.

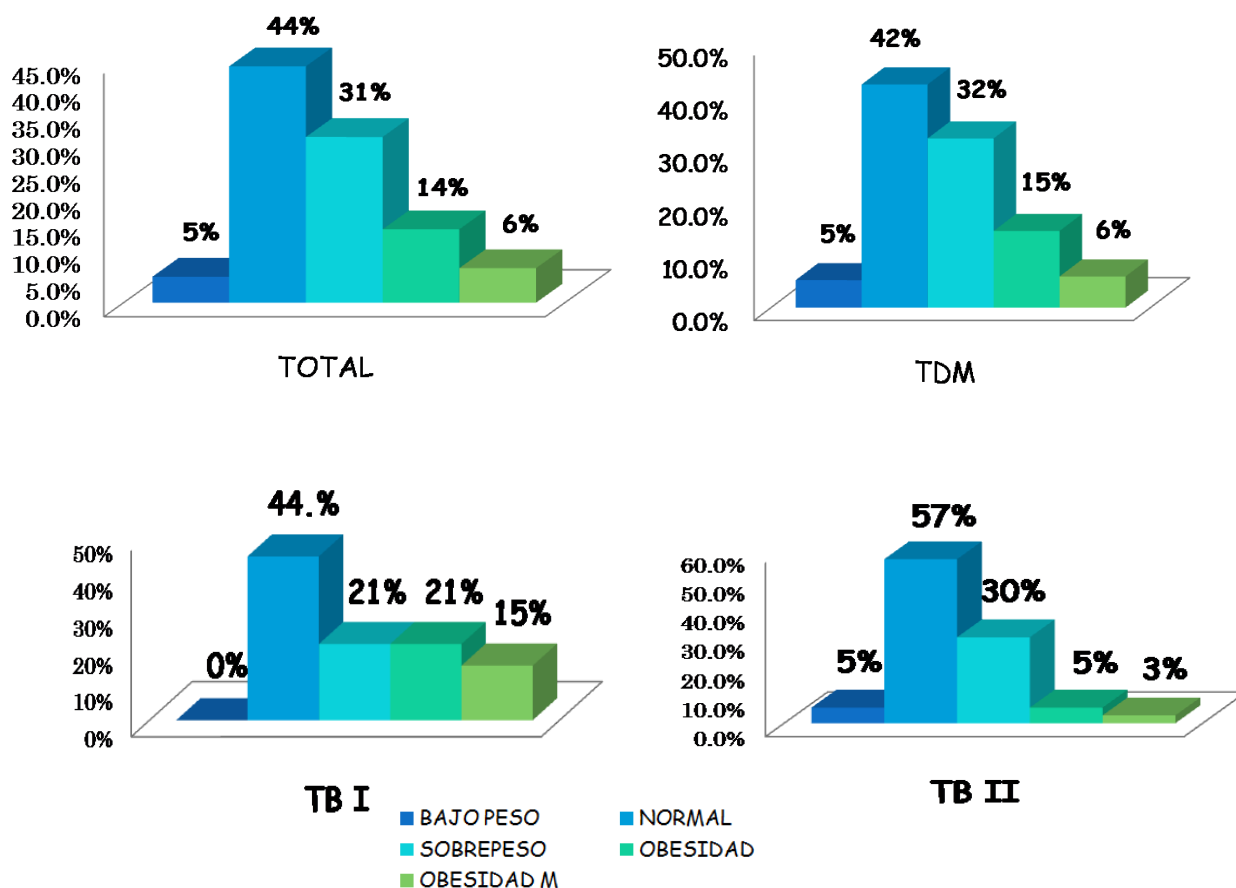


Figura 4: Frecuencia del IMC según la OMS

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y SOCIODEMOGRÁFICAS SEGÚN EL IMC

De un total de 374 pacientes, la prevalencia de mujeres fue mayor en los diferentes diagnósticos de IMC. Las diferencias significativas que encontramos en las variables sociodemográficas entre los distintos diagnósticos según el IMC fueron: a) Al momento de la consulta los pacientes con infrapeso tenían una edad menor ($M 28 \pm 11$) y aquellos con obesidad tenían una edad mayor (sobre todo los que tenían obesidad tipo III, $M 48 \pm 9$) comparado al resto de los grupos; b) la edad de inicio de los síntomas fue más temprana en los para los pacientes con infrapeso ($M 25 \pm 15$), y más tardía para los que tenían obesidad (sobre todo los que tenían obesidad tipo II, $M 37 \pm 14$) comparado con el resto de los grupos; c) los pacientes con infrapeso tenían menos años de enfermedad ($M 4 \pm 3$) y aquellos con obesidad tenían más años de enfermedad (sobre todo los que tenían obesidad tipo III, $M 12 \pm 16$) comparado con el resto de los grupos; d) se observó una diferencia significativa en el consumo de alcohol entre los grupos de IMC. No se observaron diferencias estadísticamente significativas en el consumo de tabaco, en el antecedente de hospitalizaciones previas, autolesiones, y antecedente de abuso sexual en los diferentes diagnósticos de IMC.

Tabla 5: Características clínicas y sociodemográficas según diagnóstico por IMC

	N	TOTAL	INFRAPESO	NORMAL	SOBREPESO	OBEIDAD I	OBEIDAD II	OBEIDAD III	p
Sexo									
Masculino	374	114(30%)	6 (33%)	53 (32%)	36 (31%)	15 (28%)	2 (10%)	2 (40%)	0.550
Femenino		260 (70%)	12 (67%)	111 (68%)	79 (69%)	39 (72%)	16 (90%)	3 (60%)	
Edad	374	38 ± 15	28 ± 13	32 ± 13	42 ± 14	44 ± 15	47 ± 13	48 ± 9	0.000
Edad Inicio	310	31 ± 15	25 ± 15	26 ± 13	34 ± 14	34 ± 16	37 ± 14	36 ± 10	0.000
Años Enfermedad	310	7 ± 9	4 ± 3	6 ± 7	8 ± 9	9 ± 10	11 ± 13	12 ± 16	0.041
Uso alcohol									
Si	370	189 (51%)	8 (44%)	98 (60%)	47 (42%)	28 (53%)	6 (33%)	2 (40%)	0.041
No		181(49%)	10 (56%)	66 (40%)	65 (58%)	25 (47%)	12 (67%)	3 (60%)	

	N	TOTAL	INFRAPESO	NORMAL	SOBREPESO	OBESIDAD I	OBESIDAD II	OBESIDAD III	P
Tabaco: Si	370	131 (35%)	3 (17%)	64 (39%)	38 (34%)	23 (43%)	3 (18%)	0 (0%)	0.068
No		239 (65%)	15 (83%)	99 (61%)	75 (66%)	31 (57%)	14 (82%)	5 (100%)	
Hospitalización previa Si	369	48 (13%)	0 (0%)	16 (10%)	20 (18%)	8 (15%)	3 (17%)	1 (20%)	0.241
No		321 (87%)	18 (100%)	145 (90%)	94 (82%)	45 (85%)	15 (83%)	4 (80%)	
Autolesión Si	240	49 (20%)	4 (33%)	25 (24%)	13 (19%)	7 (18%)	0 (0%)	0 (0%)	0.333
No		191(80%)	8 (67%)	81 (76%)	56 (81%)	32 (82%)	12 (100%)	2 (100%)	
Abuso Sexual Si	314	67 (21%)	1 (6%)	30 (22%)	23 (23%)	7 (17%)	5 (29%)	1 (33%)	0.594
No		247 (79%)	15 (94%)	106 (78%)	78 (77%)	34 (83%)	12 (71%)	2 (67%)	

CAPÍTULO VII

DISCUSIÓN

A continuación se discutirán los resultados obtenidos en nuestra investigación y a la vez serán comparados con lo reportado en la literatura mundial.

VARIABLES CLÍNICAS Y SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO

La mayoría de las variables clínicas y sociodemográficas que incluimos en el estudio son de características similares a lo reportado en la literatura, como expongo a continuación.

En cuanto a género, obtuvimos que la mayor parte de nuestra muestra (69%, n=274) es de género femenino igual que en la literatura internacional (32, 33). En el estado civil observamos que la mayoría de los pacientes (64%, n=253) con trastornos del estado de ánimo tienen estado civil soltero, separado, divorciado o viudo, similar a la literatura. (32, 34,35). Al centrarnos en empleo vimos que, como se ha reportado en la literatura, la mayoría de los pacientes (58%, n=229) con trastornos del estado de ánimo al momento de la evaluación se encontraban

desempleados (32, 36). La mayoría de los pacientes tenía escolaridad con más de 12 años de estudio, similar a lo reportado en la literatura (23). En cuanto a la edad al momento de la consulta, observamos que la media de edad del total de la muestra (38 ± 15) es similar a la reportada en la literatura; sin embargo contrario a datos reportados, la media de edad fue mayor en pacientes con TBI (41 ± 13) que en pacientes con TDM (38 ± 16) (23).

De características clínicas nuestro resultado fue concordante a la literatura al encontrar una alta frecuencia en el uso de tabaco (36%, $n=141$) y alcohol (51%, $n=202$); sin embargo contrario a datos reportados, el consumo de alcohol fue mayor en pacientes con TBII (79%) que en pacientes con TBI (51%) (32). Encontramos un alta prevalencia de abuso sexual (21%, $N=70$) en nuestra muestra, similar a lo reportado en la literatura. Lo que observamos distinto a la literatura fue que no hubo diferencias significativas de la prevalencia entre los distintos trastornos del estado de ánimo.

FRECUENCIA DE TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO

Semejante a la estadística mexicana obtuvimos que dentro de los trastornos del estado de ánimo es más frecuente encontrar trastorno depresivo mayor y posteriormente trastorno bipolar tanto tipo I como tipo II. (5)

SOBREPESO/OBESIDAD Y TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO

Como lo reportado en la literatura, se observó una tendencia en la cual el sobrepeso se presentó en la mayoría de los grupos, con una media en el IMC de 26 ± 5 ($p=0.12$); sin embargo el porcentaje de pacientes con obesidad en TDM (32%, $n=92$) y TB (13%, $n=9$) fue menor y el porcentaje de pacientes con obesidad mórbida en TDM (6%, $n=17$) y TB (7%, $n=6$) fue mayor a lo reportado en un estudio americano (23).

Existen diferencias del IMC entre los grupos de TEA, observándose un IMC mayor en el TBI (26 ± 5), sin embargo el IMC no se correlaciona con el diagnóstico, por lo tanto no es un factor predictivo.

CAPÍTULO VIII

CONCLUSIONES

1. Existen diferencias del IMC entre los grupos de trastornos del estado de ánimo, pero el IMC no se correlaciona con el diagnóstico, por lo tanto no es un factor predictivo.
2. Los hallazgos en nuestro estudio fueron:
 - La edad de consulta y edad de inicio fueron predictores de TB I sobre TDM y TB II.
 - El antecedente de hospitalizaciones previas fue predictor de TB I sobre TDM.
 - El Consumo de cualquier cantidad de alcohol, fue predictor de TB II sobre TBI.
 - La edad de consulta y edad de inicio son menores en pacientes con infrapeso y mayores en pacientes con obesidad.
 - Existe una diferencia en el consumo de alcohol entre grupos de IMC.
3. La media reportada de IMC ($M = 26 \pm 5$), es menor a lo reportado en la literatura americana (3).

CAPÍTULO IX

ANEXOS

A) MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI International Neuropsychiatric Interview, MINI) (MINI Y Lecrubier) (Psychometric MINI Beate Ohre)

A. Episodio depresivo mayor

(➡ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, RODEAR CON UN CÍRCULO NO EN CADA UNA Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

A1	¿En las últimas 2 semanas, se ha sentido deprimido o decaído la mayor parte del día, casi todos los días?	NO	SÍ	1
A2	¿En las últimas 2 semanas, ha perdido el interés en la mayoría de las cosas o ha disfrutado menos de las cosas que usualmente le agradaban?	NO	SÍ	2
	¿CODIFICÓ SÍ EN A1 O EN A2?	➡ NO	SÍ	

A3	En las últimas 2 semanas, cuando se sentía deprimido o sin interés en las cosas:			
a	¿Disminuyó o aumentó su apetito casi todos los días? ¿Perdió o ganó peso sin intentarlo (p. ej., variaciones en el último mes de $\pm 5\%$ de su peso corporal o ± 8 libras o $\pm 3,5$ kg, para una persona de 160 libras/70 kg)? CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA	NO	SÍ	3
b	¿Tenía dificultad para dormir casi todas las noches (dificultad para quedarse dormido, se despertaba a media noche, se despertaba temprano en la mañana o dormía excesivamente)?	NO	SÍ	4
c	¿Casi todos los días, hablaba o se movía usted más lento de lo usual, o estaba inquieto o tenía dificultades para permanecer tranquilo?	NO	SÍ	5
d	¿Casi todos los días, se sentía la mayor parte del tiempo fatigado o sin energía?	NO	SÍ	6
e	¿Casi todos los días, se sentía culpable o inútil?	NO	SÍ	7
f	¿Casi todos los días, tenía dificultad para concentrarse o tomar decisiones?	NO	SÍ	8
g	¿En varias ocasiones, deseó hacerse daño, se sintió suicida, o deseó estar muerto?	NO	SÍ	9

¿CODIFICÓ SÍ EN 5 O MÁS RESPUESTAS (A1-A3)?

NO	SÍ
EPISODIO DEPRESIVO MAYOR ACTUAL	

SI EL PACIENTE CODIFICA POSITIVO PARA UN EPISODIO DEPRESIVO MAYOR ACTUAL, CONTINÚE CON A4, DE LO CONTRARIO CONTINÚE CON EL MÓDULO B:

A4	a	¿En el transcurso de su vida, tuvo otros períodos de dos o más semanas, en los que se sintió deprimido o sin interés en la mayoría de las cosas y que tuvo la mayoría de los problemas de los que acabamos de hablar?	➡ NO	SÍ	10
	b	¿Ha tenido alguna vez un período de por lo menos dos meses, sin depresión o sin la falta de interés en la mayoría de las cosas y ocurrió este período entre dos episodios depresivos?	NO	SÍ	11

NO	SÍ
EPISODIO DEPRESIVO MAYOR RECIDIVANTE	

Episodio depresivo mayor con síntomas melancólicos (opcional)

(⇒ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, RODEAR CON UN CÍRCULO NO Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

SI EL PACIENTE CODIFICA POSITIVO PARA UN EPISODIO DEPRESIVO MAYOR ACTUAL (A3 = SÍ), EXPLORAR LO SIGUIENTE:

A5	a	¿CODIFICÓ SÍ EN A2?	NO	SÍ	
	b	¿Durante el período más grave del episodio depresivo actual, perdió la capacidad de reaccionar a las cosas que previamente le daban placer o le animaban?	NO	SÍ	12
		Si NO: ¿Cuando algo bueno le sucede, no logra hacerle sentirse mejor aunque sea temporalmente?			
		¿CODIFICÓ SÍ EN A5a O A5b?	NO	SÍ	

A6 Durante las últimas 2 semanas, cuando se sintió deprimido o sin interés en la mayoría de las cosas:

a	¿Se sentía deprimido de una manera diferente al tipo de sentimiento que ha experimentado cuando alguien cercano a usted se ha muerto?	NO	SÍ	13
b	¿Casi todos los días, por lo regular se sentía peor en las mañanas?	NO	SÍ	14
c	¿Casi todos los días, se despertaba por lo menos dos horas antes de su hora habitual, y tenía dificultades para volver a dormirse?	NO	SÍ	15
d	¿CODIFICÓ SÍ EN A3c (ENLENTECIMIENTO O AGITACIÓN PSICOMOTORA)?	NO	SÍ	
e	¿CODIFICÓ SÍ EN A3a (ANOREXIA O PÉRDIDA DE PESO)?	NO	SÍ	
f	¿Se sentía excesivamente culpable o era su sentimiento de culpa desproporcionado con la realidad de la situación?	NO	SÍ	16

¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE A6?

NO	SÍ
EPISODIO DEPRESIVO MAYOR CON SÍNTOMAS MELANCÓLICOS ACTUAL	

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

B. Trastorno distímico

(⇒ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, RODEAR CON UN CÍRCULO **NO** Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

SI LOS SÍNTOMAS DEL PACIENTE ACTUALMENTE CUMPLEN CON LOS CRITERIOS DE UN EPISODIO DEPRESIVO MAYOR, NO EXPLORE ESTE MÓDULO

B1	¿En los últimos 2 años, se ha sentido triste, desanimado o deprimido la mayor parte del tiempo?	<input checked="" type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ	17
B2	¿Durante este tiempo, ha habido algún período de 2 meses o más, en el que se haya sentido bien?	NO	<input checked="" type="checkbox"/> SÍ	18
B3	Durante este período en el que se sintió deprimido la mayor parte del tiempo:			
a	¿Cambió su apetito notablemente?	NO	<input type="checkbox"/> SÍ	19
b	¿Tuvo dificultad para dormir o durmió en exceso?	NO	<input type="checkbox"/> SÍ	20
c	¿Se sintió cansado o sin energía?	NO	<input type="checkbox"/> SÍ	21
d	¿Perdió la confianza en sí mismo?	NO	<input type="checkbox"/> SÍ	22
e	¿Tuvo dificultades para concentrarse o para tomar decisiones?	NO	<input type="checkbox"/> SÍ	23
f	¿Tuvo sentimientos de desesperanza?	NO	<input type="checkbox"/> SÍ	24
	¿CODIFICÓ SÍ EN 2 O MÁS RESPUESTAS DE B3?	<input checked="" type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ	
B4	¿Estos síntomas de depresión, le causaron gran angustia o han interferido con su función en el trabajo, socialmente o de otra manera importante?	<input checked="" type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ	25

¿CODIFICÓ SÍ EN B4?

NO	SÍ
TRASTORNO DISTÍMICO ACTUAL	

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

C. Riesgo de suicidio

Durante este último mes:		Puntos:	
C1	¿Ha pensado que estaría mejor muerto, o ha deseado estar muerto?	NO	SÍ 1
C2	¿Ha querido hacerse daño?	NO	SÍ 2
C3	¿Ha pensado en el suicidio?	NO	SÍ 6
C4	¿Ha planeado cómo suicidarse?	NO	SÍ 10
C5	¿Ha intentado suicidarse?	NO	SÍ 10
A lo largo de su vida:			
C6	¿Alguna vez ha intentado suicidarse?	NO	SÍ 4

¿CODIFICÓ SÍ EN POR LO MENOS 1 RESPUESTA?

SI SÍ, SUME EL NÚMERO TOTAL DE PUNTOS DE LAS RESPUESTAS (C1-C6)
RODEAR CON UN CÍRCULO «SÍ» Y ESPECIFICAR EL NIVEL DE RIESGO
DE SUICIDIO

NO	SÍ
RIESGO DE SUICIDIO	
1-5 puntos	Leve <input type="checkbox"/>
6-9 puntos	Moderado <input type="checkbox"/>
≥ 10 puntos	Alto <input type="checkbox"/>

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

D. Episodio (hipo)maníaco

(⇒ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, RODEAR CON UN CÍRCULO NO EN CADA UNA Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

D1	a	¿Alguna vez ha tenido un periodo de tiempo en el que se ha sentido exaltado, eufórico, o tan lleno de energía, o seguro de sí mismo, que esto le ha ocasionado problemas u otras personas han pensado que usted no estaba en su estado habitual? (No considere periodos en el que estaba intoxicado con drogas o alcohol.)	NO	SI	1
<p>SI EL PACIENTE PARECE CONFUNDIDO O NO ENTIENDE A LO QUE SE REFIERE CON «EXALTADO» O «EUFÓRICO», CLARIFIQUESELO DE LA SIGUIENTE MANERA: Lo que queremos decir con «exaltado» o «eufórico» es un estado de satisfacción alto, lleno de energía, en el que se necesita dormir menos, en el que los pensamientos se aceleran, en el que se tienen muchas ideas, en el que aumenta la productividad, la creatividad, la motivación o el comportamiento impulsivo.</p> <p>SI SI:</p>					
	b	¿En este momento se siente «exaltado», «eufórico», o lleno de energía?	NO	SI	2
D2	a	¿Ha estado usted alguna vez persistentemente irritado durante varios días, de tal manera que tenía discusiones, peleaba o le gritaba a personas fuera de su familia? ¿Ha notado usted o los demás, que ha estado más irritable o que reacciona de una manera exagerada, comparado a otras personas, en situaciones que incluso usted creía justificadas?	NO	SI	3
<p>SI SI:</p>					
	b	¿En este momento se siente excesivamente irritable?	NO	SI	4
¿CODIFICÓ SÍ EN D1a O EN D2a?			NO	SI	

D3 SI D1b O D2b = SI: EXPLORAR SOLAMENTE EL EPISODIO ACTUAL
SI D1b Y D2b = NO: EXPLORAR EL EPISODIO PASADO MÁS SINTOMÁTICO

Durante el tiempo en el que se sentía exaltado, lleno de energía, o irritable notó que:

a	¿Sentía que podía hacer cosas que otros no podían hacer, o que usted era una persona especialmente importante?	NO	SI	5	
b	¿Necesitaba dormir menos (p. ej., se sentía descansado con pocas horas de sueño)?	NO	SI	6	
c	¿Hablaba usted sin parar o tan deprisa que los demás tenían dificultad para entenderle?	NO	SI	7	
d	¿Sus pensamientos pasaban tan deprisa por su cabeza que tenía dificultades para seguirlos?	NO	SI	8	
e	¿Se distraía tan fácilmente, que la menor interrupción le hacía perder el hilo de lo que estaba haciendo o pensando?	NO	SI	9	
f	¿Estaba tan activo, tan inquieto físicamente que los demás se preocupaban por usted?	NO	SI	10	
g	¿Quería involucrarse en actividades tan placenteras, que ignoró los riesgos o consecuencias (p. ej., se embarcó en gastos descontrolados, condujo imprudentemente o mantuvo actividades sexuales indiscretas)?	NO	SI	11	
¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE D3 (O 4 O MÁS RESPUESTAS SI D1a ES NO [EPISODIO PASADO] O SI D1b ES NO [EPISODIO ACTUAL])?			NO	SI	

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

D4 ¿Duraron estos síntomas al menos 1 semana y le causaron problemas que estaban fuera de su control, en la casa, en el trabajo, en la escuela, o fue usted hospitalizado a causa de estos problemas? 12

NO SÍ

↓ ↓

☐ ☐

HIPOMANÍACO MANÍACO

EL EPISODIO EXPLORADO ERA:

¿CODIFICÓ NO EN D4?

ESPECIFICAR SI EL EPISODIO ES ACTUAL O PASADO.

NO	SÍ
EPISODIO HIPOMANÍACO	
ACTUAL	<input type="checkbox"/>
PASADO	<input type="checkbox"/>

¿CODIFICÓ SÍ EN D4?

ESPECIFICAR SI EL EPISODIO ES ACTUAL O PASADO.

NO	SÍ
EPISODIO MANÍACO	
ACTUAL	<input type="checkbox"/>
PASADO	<input type="checkbox"/>

E. Trastorno de angustia

(⇒ SIGNIFICA: RODEAR CON UN CÍRCULO NO EN E5 Y PASAR DIRECTAMENTE A F1)

E1	a	¿En más de una ocasión, tuvo una crisis o ataques en los cuales se sintió súbitamente ansioso, asustado, incómodo o inquieto, incluso en situaciones en la cual la mayoría de las personas no se sentirían así?	NO	SÍ	1
	b	¿Estas crisis o ataques alcanzan su máxima expresión en los primeros 10 minutos?	NO	SÍ	2
E2		¿Alguna vez estas crisis o ataques o ocurrieron de una manera inesperada o espontánea u ocurrieron de forma impredecible o sin provocación?	NO	SÍ	3
E3		¿Ha tenido una de estas crisis seguida por un período de un mes o más en el que tenía que otro episodio recurriera o se preocupaba por las consecuencias de la crisis?	NO	SÍ	4
E4		Durante la peor crisis que usted puede recordar:			
	a	¿Sentía que su corazón le daba un vuelco, latía más fuerte o más rápido?	NO	SÍ	5
	b	¿Sudaba o tenía las manos húmedas?	NO	SÍ	6
	c	¿Tenía temblores o sacudidas musculares?	NO	SÍ	7
	d	¿Sentía la falta de aliento o dificultad para respirar?	NO	SÍ	8
	e	¿Tenía sensación de ahogo o un nudo en la garganta?	NO	SÍ	9
	f	¿Notaba dolor o molestia en el pecho?	NO	SÍ	10
	g	¿Tenía náuseas, molestias en el estómago o diarreas repentinas?	NO	SÍ	11
	h	¿Se sentía mareado, inestable, aturdido o a punto de desvanecerse?	NO	SÍ	12
	i	¿Le parecía que las cosas a su alrededor eran irreales, extrañas, indiferentes, o no le parecían familiares, o se sintió fuera o separado de su cuerpo o de partes de su cuerpo?	NO	SÍ	13
	j	¿Tenía miedo de perder el control o de volverse loco?	NO	SÍ	14
	k	¿Tenía miedo de que se estuviera muriendo?	NO	SÍ	15
	l	¿Tenía alguna parte de su cuerpo adormecida o con hormigueos?	NO	SÍ	16
	m	¿Tenía sofocaciones o escalofríos?	NO	SÍ	17
E5		¿CODIFICÓ SÍ EN E3 Y EN POR LO MENOS 4 DE E4?	NO	SÍ	
			Trastorno de angustia de por vida		
E6		SI E5 = NO, ¿CODIFICÓ SÍ EN ALGUNA RESPUESTA DE E4?	NO	SÍ	
		SI E6 = SÍ, PASAR A F1.	Crisis actual con síntomas limitados		
E7		¿En el pasado mes, tuvo estas crisis en varias ocasiones (2 o más), seguidas de miedo persistente a tener otra?	NO	SÍ	18
			Trastorno de angustia actual		

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

F. Agorafobia

F1	¿Se ha sentido particularmente incómodo o ansioso en lugares o situaciones donde podría tener una crisis o ataque, o síntomas de una crisis como los que acabamos de discutir, o situaciones donde no dispondría de ayuda o escapar pudiera resultar un tanto difícil: como estar en una multitud, permanecer en fila, estar solo fuera de casa, permanecer solo en casa, viajar en autobús, tren o automóvil?	NO	SÍ	19
----	--	----	----	----

SI F1 = NO, RODEE CON UN CÍRCULO NO en F2.

F2	¿Teme tanto estas situaciones que las evita, sufre en ellas o necesita estar acompañado para enfrentarlas?	NO	SÍ	20
----	--	----	----	----

Agorafobia actual

¿CODIFICÓ NO EN F2 (AGORAFOBIA ACTUAL)

Y

CODIFICÓ SÍ EN E7 (TRASTORNO DE ANGUSTIA ACTUAL)?

NO	SÍ
TRASTORNO DE ANGUSTIA sin agorafobia ACTUAL	

¿CODIFICÓ SÍ EN F2 (AGORAFOBIA ACTUAL)

Y

CODIFICÓ SÍ EN E7 (TRASTORNO DE ANGUSTIA ACTUAL)?

NO	SÍ
TRASTORNO DE ANGUSTIA con agorafobia ACTUAL	

¿CODIFICÓ SÍ EN F2 (AGORAFOBIA ACTUAL)

Y

CODIFICÓ NO EN E5 (TRASTORNO DE ANGUSTIA DE POR VIDA)?

NO	SÍ
AGORAFOBIA ACTUAL sin historial de trastorno de angustia	

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

G. Fobia social (trastorno de ansiedad social)

(⇒ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, RODEAR CON UN CÍRCULO NO EN CADA UNA Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

G1	¿En el pasado mes, tuvo miedo o sintió vergüenza de que lo estén observando, de ser el centro de atención o temió una humillación? Incluyendo cosas como el hablar en público, comer en público o con otros, el escribir mientras alguien le mira o el estar en situaciones sociales.	<input checked="" type="radio"/> NO	<input type="radio"/> SÍ	1
G2	¿Piensa usted que este miedo es excesivo o irracional?	<input checked="" type="radio"/> NO	<input type="radio"/> SÍ	2
G3	¿Teme tanto estas situaciones sociales que las evita, o sufre en ellas?	<input checked="" type="radio"/> NO	<input type="radio"/> SÍ	3
G4	¿Este miedo interfiere en su trabajo normal o en el desempeño de sus actividades sociales o es la causa de intensa molestia?	<input checked="" type="radio"/> NO	<input type="radio"/> SÍ	4

FOBIA SOCIAL
(trastorno de ansiedad social)
ACTUAL

H. Trastorno obsesivo-compulsivo

(⇒ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, MARCAR CON UN CÍRCULO NO Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

H1	¿Este último mes, ha estado usted molesto con pensamientos recurrentes, impulsos o imágenes no deseadas, desagradables, inapropiadas, intrusas o angustiosas? (p. ej., la idea de estar sucio, contaminado o tener gérmenes, o miedo de contaminar a otros, o temor de hacerle daño a alguien sin querer, o temor que actuaría en función de algún impulso, o tiene temores o supersticiones de ser el responsable de que las cosas vayan mal, o se obsesiona con pensamientos, imágenes o impulsos sexuales; o acumula o colecciona sin control, o tiene obsesiones religiosas)	NO ⇒ H4	SI	1						
(NO INCLUIR PREOCUPACIONES EXCESIVAS POR PROBLEMAS DE LA VIDA COTIDIANA. NO INCLUIR OBSESIONES DIRECTAMENTE RELACIONADAS CON TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN, CONDUCTAS SEXUALES, PROBLEMAS PATOLÓGICOS RELACIONADOS CON EL JUEGO, ALCOHOL O ABUSO DE DROGAS, PORQUE EL PACIENTE PUDIERA DERIVAR PLACER DE LA ACTIVIDAD Y PUDIERA QUERER EVITARLA SIMPLEMENTE POR LAS CONSECUENCIAS NEGATIVAS)										
H2	¿Estos pensamientos volvían a su mente aun cuando trataba de ignorarlos o de librarse de ellos?	NO ⇒ H4	SI	2						
H3	¿Cree usted que estos pensamientos son producto de su propia mente y que no le son impuestos desde el exterior?	NO	SI obsesiones	3						
H4	¿En el pasado mes, ha hecho usted algo repetidamente, sin ser capaz de evitarlo, como lavar o limpiar en exceso, contar y verificar las cosas una y otra vez o repetir, coleccionar, ordenar las cosas o realizar otros rituales supersticiosos?	NO	SI compulsiones	4						
¿CODIFICÓ SÍ EN H3 O EN H4?		⇒ NO	SI							
H5	¿Reconoce usted que estas ideas obsesivas o actos compulsivos son irracionales, absurdos o excesivos?	⇒ NO	SI	5						
H6	¿Estas obsesiones o actos compulsivos interfieren de manera significativa con sus actividades cotidianas, con su trabajo, con sus relaciones sociales, o le ocupan más de una hora diaria?	<table border="1"> <tbody> <tr> <td>NO</td> <td>SI</td> <td>6</td> </tr> <tr> <td colspan="3">TRASTORNO OBSESIVO/ COMPULSIVO ACTUAL</td> </tr> </tbody> </table>			NO	SI	6	TRASTORNO OBSESIVO/ COMPULSIVO ACTUAL		
NO	SI	6								
TRASTORNO OBSESIVO/ COMPULSIVO ACTUAL										

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

I. Estado por estrés postraumático (opcional)

(⇒ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, RODEAR CON UN CÍRCULO NO Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

11	¿Ha vivido o ha sido testigo de un acontecimiento extremadamente traumático, en el cual otras personas han muerto y/u otras personas o usted mismo han estado amenazadas de muerte o en su integridad física? EJEMPLOS DE ACONTECIMIENTOS TRAUMÁTICOS: ACCIDENTES GRAVES, ATRACO, VIOLACIÓN, ATENTADO TERRORISTA, SER TOMADO DE REHÉN, SECUESTRO, INCENDIO, DESCUBRIR UN CADÁVER, MUERTE SÚBITA DE ALGUIEN CERCANO A USTED, GUERRA O CATÁSTROFE NATURAL	<input checked="" type="radio"/> NO	<input type="radio"/> SÍ	1						
12	¿Durante el pasado mes, ha revivido el evento de una manera angustiosa (p. ej., lo ha soñado, ha tenido imágenes vívidas, ha reaccionado físicamente o ha tenido memorias intensas)?	<input checked="" type="radio"/> NO	<input type="radio"/> SÍ	2						
13	En el último mes:									
a	¿Ha evitado usted pensar en este acontecimiento, o en todo aquello que se lo pudiese recordar?	<input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> SÍ	3						
b	¿Ha tenido dificultad recordando alguna parte del evento?	<input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> SÍ	4						
c	¿Ha disminuido su interés en las cosas que le agradaban o en las actividades sociales?	<input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> SÍ	5						
d	¿Se ha sentido usted alejado o distante de otros?	<input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> SÍ	6						
e	¿Ha notado que sus sentimientos están adormecidos?	<input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> SÍ	7						
f	¿Ha tenido la impresión de que su vida se va a acortar debido a este trauma o que va a morir antes que otras personas?	<input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> SÍ	8						
	¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE 13?	<input checked="" type="radio"/> NO	<input type="radio"/> SÍ							
14	Durante el último mes:									
a	¿Ha tenido usted dificultades para dormir?	<input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> SÍ	9						
b	¿Ha estado particularmente irritable o le daban arranques de coraje?	<input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> SÍ	10						
c	¿Ha tenido dificultad para concentrarse?	<input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> SÍ	11						
d	¿Ha estado nervioso o constantemente en alerta?	<input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> SÍ	12						
e	¿Se ha sobresaltado fácilmente por cualquier cosa?	<input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> SÍ	13						
	¿CODIFICÓ SÍ EN 2 O MÁS RESPUESTAS DE 13?	<input checked="" type="radio"/> NO	<input type="radio"/> SÍ							
15	¿En el transcurso de este mes, han interferido estos problemas en su trabajo, en sus actividades sociales o han sido causa de gran ansiedad?	<table border="1"> <tbody> <tr> <td><input type="radio"/> NO</td> <td><input type="radio"/> SÍ</td> <td>14</td> </tr> <tr> <td colspan="3">ESTADO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO ACTUAL</td> </tr> </tbody> </table>			<input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> SÍ	14	ESTADO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO ACTUAL		
<input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> SÍ	14								
ESTADO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO ACTUAL										

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

J. Abuso y dependencia de alcohol

(➡ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, RODEAR CON UN CÍRCULO NO EN CADA UNA Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

J1	¿En los últimos 12 meses, ha tomado 3 o más bebidas alcohólicas en un periodo de 3 horas en tres o más ocasiones?	NO	SÍ	1
----	---	----	----	---

J2	En los últimos 12 meses:			
a	¿Necesitaba beber más para conseguir los mismos efectos que cuando usted comenzó a beber?	NO	SÍ	2
b	¿Cuando reducía la cantidad de alcohol, temblaban sus manos, sudaba, o se sentía agitado? ¿Bebía para evitar estos síntomas o para evitar la resaca (p. ej., temblores, sudoraciones o agitación)? CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA.	NO	SÍ	3
c	¿Durante el tiempo en el que bebía alcohol, acababa bebiendo más de lo que en un principio había planeado?	NO	SÍ	4
d	¿Ha tratado de reducir o dejar de beber alcohol pero ha fracasado?	NO	SÍ	5
e	¿Los días en los que bebía, empleaba mucho tiempo en procurarse alcohol, en beber y en recuperarse de sus efectos?	NO	SÍ	6
f	¿Pasó menos tiempo trabajando, disfrutando de sus pasatiempos, o estando con otros, debido a su consumo de alcohol?	NO	SÍ	7
g	¿Continuó bebiendo a pesar de saber que esto le causaba problemas de salud, físicos o mentales?	NO	SÍ	8

¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE J2?

NO	➡ SÍ
DEPENDENCIA DE ALCOHOL ACTUAL	

J3	En los últimos 12 meses:			
a	¿Ha estado usted varias veces intoxicado, embriagado, o con resaca en más de una ocasión, cuando tenía otras responsabilidades en la escuela, el trabajo o la casa? ¿Esto le ocasionó algún problema? CODIFIQUE SÍ SÓLO SI ESTO LE HA OCASIONADO PROBLEMAS.	NO	SÍ	9
b	¿Ha estado intoxicado en alguna situación en la que corría un riesgo físico, por ejemplo conducir un automóvil, una motocicleta, una embarcación, utilizar una máquina, etc.)?	NO	SÍ	10
c	¿Ha tenido problemas legales debido a su uso de alcohol, por ejemplo un arresto, perturbación del orden público?	NO	SÍ	11
d	¿Ha continuado usted bebiendo a pesar de saber que esto le ocasionaba problemas con su familia u otras personas?	NO	SÍ	12

¿CODIFICÓ SÍ EN 1 O MÁS RESPUESTAS DE J3?

NO	SÍ
ABUSO DE ALCOHOL ACTUAL	

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

K. Trastornos asociados al uso de sustancias psicoactivas no alcohólicas

(⇒ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, RODEAR CON UN CÍRCULO NO EN CADA UNA Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

Ahora le voy a enseñar/leer una lista de sustancias ilícitas o medicinas.		NO	SÍ
K1	a. ¿En los últimos 12 meses, tomó alguna de estas sustancias, en más de una ocasión, para sentirse mejor o para cambiar su estado de ánimo?		

RODEE CON UN CÍRCULO TODAS LAS SUSTANCIAS QUE HAYA USADO:

Estimulantes: anfetaminas, speed, cristal, dexedrina, ritalina, píldoras adelgazantes.

Cocaína: inhalada, intravenosa, crack, speedball.

Narcóticos: heroína, morfina, Dilaudid, opio, Demerol, metadona, codeína, Percodan, Darvon.

Alucinógenos: LSD (ácido), mescalina, peyote, PCP (polvo de ángel, *peace pill*), *psilocybin*, STP, hongos, éxtasis, MDA, MDMA.

Inhalantes: pegamento, éter, óxido nitroso (*laughing gas*), *amyl* o *butyl nitrate* (*poppers*).

Marihuana: hachís, THC, pasto, hierba, mota, *reefer*.

Tranquilizantes: Qualude, Seconal («reds»), Valium, Xanax, Librium, Ativan, Dalmane, Halción, barbitúricos, «Miltown», Tranquimazin, Lexatin, Orfidal.

Otras sustancias: esteroides, pastillas dietéticas o para dormir sin receta. ¿Cualquier otra sustancia?

ESPECIFIQUE LA/S SUSTANCIA/S MÁS USADA/S:

- b. SI EXISTE USO CONCURRENTES O SUCESIVO DE VARIAS SUSTANCIAS O DROGAS, ESPECIFIQUE QUÉ DROGA/CLASE DE DROGA VA A SER EXPLORADA EN LA ENTREVISTA A CONTINUACIÓN:

SÓLO UNA DROGA/CLASE DE DROGA HA SIDO UTILIZADA.

☐

SÓLO LA CLASE DE DROGA MÁS UTILIZADA ES EXPLORADA.

☐

CADA DROGA ES EXAMINADA INDIVIDUALMENTE. (FOTOCOPIAR K2 Y K3 SEGÚN SEA NECESARIO.)

☐

K2 Considerando su uso de (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGAS SELECCIONADA), en los últimos 12 meses:

- | | | | | |
|----|---|----|----|---|
| a. | ¿Ha notado que usted necesitaba utilizar una mayor cantidad de (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA) para obtener los mismos efectos que cuando comenzó a usarla? | NO | SÍ | 1 |
| b. | ¿Cuándo redujo la cantidad o dejó de utilizar (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA) tuvo síntomas de abstinencia? (dolores, temblores, fiebre, debilidad, diarreas, náuseas, sudaciones, palpitaciones, dificultad para dormir, o se sentía agitado, ansioso, irritable o deprimido)? Utilizó alguna/s droga/s para evitar enfermarse (síntomas de abstinencia) o para sentirse mejor? | NO | SÍ | 2 |

CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA

- | | | | | |
|----|---|----|----|---|
| c. | ¿Ha notado que cuando usted usaba (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA) terminaba utilizando más de lo que en un principio había planeado? | NO | SÍ | 3 |
| d. | ¿Ha tratado de reducir o dejar de tomar (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA) pero ha fracasado? | NO | SÍ | 4 |

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

- | | | | | |
|---|--|----|----|---|
| e | ¿Los días que utilizaba (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA) empleaba mucho tiempo (> 2 horas) en obtener, consumir, recuperarse de sus efectos, o pensando en drogas? | NO | SI | 5 |
| f | ¿Pasó menos tiempo trabajando, disfrutando de pasatiempos, estando con la familia o amigos debido a su uso de drogas? | NO | SI | 6 |
| g | ¿Ha continuado usando (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA) a pesar de saber que esto le causaba problemas mentales o de salud? | NO | SI | 7 |

¿CODIFICÓ SI EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE K2?
ESPECIFICAR LA/S DROGA/S: _____

NO SI

**DEPENDENCIA
DE SUSTANCIAS
ACTUAL**

Considerando su uso de (NOMBRE DE LA CLASE DE DROGA SELECCIONADA), en los últimos 12 meses:

- | | | | | |
|------|---|----|----|----|
| K3 a | ¿Ha estado intoxicado o con resaca a causa de (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA), en más de una ocasión, cuando tenía otras responsabilidades en la escuela, en el trabajo o en el hogar? ¿Esto le ocasionó algún problema? (CODIFIQUE SI, SÓLO SI LE OCASIONÓ PROBLEMAS) | NO | SI | 8 |
| b | ¿Ha estado intoxicado con (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA) en alguna situación en la que corriese un riesgo físico (p. ej., conducir un automóvil, una motocicleta, una embarcación, o utilizar una máquina, etc.)? | NO | SI | 9 |
| c | ¿Ha tenido algún problema legal debido a su uso de drogas, por ejemplo, un arresto o perturbación del orden público? | NO | SI | 10 |
| d | ¿Ha continuado usando (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA) a pesar de saber que esto le causaba problemas con su familia u otras personas? | NO | SI | 11 |

¿CODIFICÓ SI EN 1 O MÁS RESPUESTAS DE K3?
ESPECIFICAR LA/S DROGA/S: _____

NO SI

**ABUSO DE SUSTANCIAS
ACTUAL**

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

L. Trastornos psicóticos

(⇒ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, RODEAR CON UN CÍRCULO NO EN CADA UNA Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

PIDA UN EJEMPLO PARA CADA PREGUNTA CONTESTADA AFIRMATIVAMENTE. CODIFIQUE SI SOLAMENTE PARA AQUELLOS EJEMPLOS QUE MUESTRAN CLARAMENTE UNA DISTORSIÓN DEL PENSAMIENTO O DE LA PERCEPCIÓN O SI NO SON CULTURALMENTE APROPIADOS. ANTES DE CODIFICAR, INVESTIGUE SI LAS IDEAS DELIRANTES CALIFICAN COMO «EXTRAÑAS» O RARAS.

LAS IDEAS DELIRANTES SON «EXTRAÑAS» O RARAS SI: SON CLARAMENTE ABSURDAS, IMPROBABLES, INCOMPREENSIBLES, Y NO PUEDEN DERIVARSE DE EXPERIENCIAS DE LA VIDA COTIDIANA.

LAS ALUCINACIONES SON «EXTRAÑAS» O RARAS SI: UNA VOZ HACE COMENTARIOS SOBRE LOS PENSAMIENTOS O LOS ACTOS DE LA PERSONA, O DOS O MÁS VOCES CONVERSAN ENTRE SÍ.

Ahora le voy a preguntar acerca de experiencias poco usuales que algunas personas pueden tener.					EXTRAÑOS
L1	a	¿Alguna vez ha tenido la impresión de que alguien le espiaba, o conspiraba contra usted, o que trataban de hacerle daño? NOTA: PIDA EJEMPLOS PARA DESCARTAR UN VERDADERO ACECHO.	NO	SI	SI 1
	b	Si SI: ¿Actualmente cree usted esto?	NO	SI	SI ⇒ 16 2
L2	a	¿Ha tenido usted la impresión de que alguien podía leer o escuchar sus pensamientos, o que usted podía leer o escuchar los pensamientos de otros?	NO	SI	SI 3
	b	Si SI: ¿Actualmente cree usted esto?	NO	SI	SI ⇒ 16 4
L3	a	¿Alguna vez ha creído que alguien o que una fuerza externa haya metido pensamientos ajenos en su mente o le hicieron actuar de una manera no usual en usted? ¿Alguna vez ha tenido la impresión de que está poseído? ENTREVISTADOR/A: PIDA EJEMPLOS Y DESCARTE CUALQUIERA QUE NO SEA PSICÓTICO.	NO	SI	SI 5
	b	Si SI: ¿Actualmente cree usted esto?	NO	SI	SI ⇒ 16 6
L4	a	¿Alguna vez ha creído que le envían mensajes especiales a través de la radio, el televisor o el periódico, o que una persona que no conocía personalmente se interesaba particularmente por usted?	NO	SI	SI 7
	b	Si SI: ¿Actualmente cree usted esto?	NO	SI	SI ⇒ 16 8
L5	a	¿Consideran sus familiares o amigos que algunas de sus creencias son extrañas o poco usuales? ENTREVISTADOR/A: PIDA EJEMPLOS. CODIFIQUE SI SÓLO SI LOS EJEMPLOS SON CLARAMENTE IDEAS DELIRANTES NO EXPLORADAS EN LAS PREGUNTAS L1 A L4, POR EJEMPLO, DELIRIOS SOMÁTICOS, RELIGIOSOS O DE GRANDEZA, CELOS, CULPA, RUINA O DESTITUCIÓN, ETC.	NO	SI	SI 9
	b	Si SI: ¿Actualmente, consideran los demás sus ideas como extrañas?	NO	SI	SI 10
L6	a	¿Alguna vez ha escuchado cosas que otras personas no podían escuchar, como voces? LAS ALUCINACIONES SON CODIFICADAS COMO «EXTRAÑAS» SOLAMENTE SI EL PACIENTE CONTESTA SI A LO SIGUIENTE:	NO	SI	SI 11
		Si SI: ¿Escuchó una voz que comentaba acerca de sus pensamientos o sus actos, o escuchó dos o más voces conversando entre sí?			SI
	b	Si SI: ¿Ha escuchado estas cosas en el pasado mes?	NO	SI	SI ⇒ 18b 12

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

L7	a	¿Alguna vez, estando despierto, ha tenido visiones o ha visto cosas que otros no podían ver? ENTREVISTADOR/A: INVESTIGUE SI ESTAS VISIONES SON CULTURALMENTE INAPROPIADAS.	NO	SÍ	13						
	b	Si SÍ: ¿Ha visto estas cosas el pasado mes?	NO	SÍ	14						
BAJO EL PUNTO DE VISTA DEL ENTREVISTADOR/a:											
L8	b	¿PRESENTA EL PACIENTE ACTUALMENTE UN LENGUAJE DESORGANIZADO, INCOHERENTE O CON MARCADA PÉRDIDA DE LAS ASOCIACIONES?	NO	SÍ	15						
L9	b	¿PRESENTA EL PACIENTE ACTUALMENTE UN COMPORTAMIENTO DESORGANIZADO O CATATÓNICO?	NO	SÍ	16						
L10	b	¿HAY SÍNTOMAS NEGATIVOS DE ESQUIZOFRENIA PROMINENTES DURANTE LA ENTREVISTA (UN APLANAMIENTO AFECTIVO SIGNIFICATIVO, POBREZA DEL LENGUAJE [ALOGIA] O INCAPACIDAD PARA INICIAR O PERSISTIR EN ACTIVIDADES CON UNA FINALIDAD DETERMINADA)?	NO	SÍ	17						
L11		¿CODIFICÓ SÍ EXTRAÑO EN 1 O MÁS PREGUNTAS «a»?	<table><tr><td>NO</td><td>SÍ</td></tr><tr><td colspan="2">TRASTORNO PSICÓTICO ACTUAL</td></tr></table>			NO	SÍ	TRASTORNO PSICÓTICO ACTUAL			
NO	SÍ										
TRASTORNO PSICÓTICO ACTUAL											
		o									
		¿CODIFICÓ SÍ (EN VEZ DE SÍ EXTRAÑO) EN 2 O MÁS PREGUNTAS «a»?									
L12		¿CODIFICÓ SÍ EXTRAÑO EN 1 O MÁS PREGUNTAS «a»?	<table><tr><td>NO</td><td>SÍ</td><td>18</td></tr><tr><td colspan="3">TRASTORNO PSICÓTICO DE POR VIDA</td></tr></table>			NO	SÍ	18	TRASTORNO PSICÓTICO DE POR VIDA		
NO	SÍ	18									
TRASTORNO PSICÓTICO DE POR VIDA											
		o									
		¿CODIFICÓ SÍ (EN VEZ DE SÍ EXTRAÑO) EN 2 O MÁS PREGUNTAS «a»?									
VERIFIQUE QUE LOS DOS SÍNTOMAS OCURRIERAN DURANTE EL MISMO PERÍODO DE TIEMPO											
		o ¿CODIFICÓ SÍ EN L11?									
L13	a	¿CODIFICÓ SÍ EN 1 O MÁS PREGUNTAS DE L1b A L7b Y CODIFICÓ SÍ EN EPISODIO DEPRESIVO MAYOR (ACTUAL)	<table><tr><td>NO</td><td>SÍ</td></tr></table>			NO	SÍ				
NO	SÍ										
		o									
		EPISODIO MANÍACO (ACTUAL O PASADO)?									
	b	Si CODIFICÓ SÍ EN L1EA:									
Anteriormente me dijo que usted tuvo un periodo/s en el que se sintió (deprimido(a)/exaltado(a)/particularmente irritable).											
Estas creencias o experiencias que me acaba de describir (SÍNTOMAS CODIFICADOS SÍ DE L1b a L7b) ¿Se limitaban exclusivamente a los periodos en los que se sintió deprimido(a)/exaltado(a)/irritable?											
			<table><tr><td>NO</td><td>SÍ</td><td>19</td></tr><tr><td colspan="3">TRASTORNO DEL ESTADO DE ÁNIMO CON SÍNTOMAS PSICÓTICOS ACTUAL</td></tr></table>			NO	SÍ	19	TRASTORNO DEL ESTADO DE ÁNIMO CON SÍNTOMAS PSICÓTICOS ACTUAL		
NO	SÍ	19									
TRASTORNO DEL ESTADO DE ÁNIMO CON SÍNTOMAS PSICÓTICOS ACTUAL											

M. Anorexia nerviosa

(⇒ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, BODEAR CON UN CÍRCULO NO EN CADA UNA Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

M1	a	¿Cuál es su estatura?	<input type="checkbox"/> pies	<input type="checkbox"/> pulgadas
	b	¿En los últimos 3 meses, cuál ha sido su peso más bajo?	<input type="checkbox"/> cm	<input type="checkbox"/> libras
			<input type="checkbox"/> kg	
	c	¿ES EL PESO DEL PACIENTE INFERIOR AL PESO MÍNIMO CORRESPONDIENTE A SU ESTATURA (VER TABLA A CONTINUACIÓN)?	NO	SÍ

En los últimos 3 meses:

M2	¿A pesar de su bajo peso, evitaba engordar?	NO	SÍ	1	
M3	¿A pesar de estar bajo peso, temía ganar peso o ponerse gordo/a?	NO	SÍ	2	
M4	a	¿Se consideraba gordo, o que una parte de su cuerpo era demasiado gorda?	NO	SÍ	3
	b	¿Influyó mucho su peso o su figura en la opinión que usted tenía de sí mismo?	NO	SÍ	4
	c	¿Pensaba usted que su bajo peso era normal o excesivo?	NO	SÍ	5
M5	¿CODIFICÓ SÍ EN UNA O MÁS RESPUESTAS DE M4?		NO	SÍ	
M6	SÓLO PARA MUJERES: ¿En los últimos 3 meses, dejó de tener todos sus períodos menstruales, aunque debió tenerlos (cuando no estaba embarazada)?		NO	SÍ	6

PARA MUJERES: ¿CODIFICÓ SÍ EN M5 Y M6?

PARA HOMBRES: ¿CODIFICÓ SÍ EN M5?

NO	SÍ
ANOREXIA NERVIOSA ACTUAL	

TABLA UMBRAL DE ESTATURA/PESO MÍNIMO (estatura sin zapatos; peso sin ropa)

Mujer estatura/peso															
Pies/pulgadas	4,9	4,10	4,11	5,0	5,1	5,2	5,3	5,4	5,5	5,6	5,7	5,8	5,9	5,10	
Libras	84	85	86	87	89	92	94	97	99	102	104	107	110	112	
cm	144,8	147,3	149,9	152,4	154,9	157,5	160,0	162,6	165,1	167,6	170,2	172,7	175,3	177,8	
kg	38	39	39	40	41	42	43	44	45	46	47	49	50	51	
Hombre estatura/peso															
Pies/pulgadas	5,1	5,2	5,3	5,4	5,5	5,6	5,7	5,8	5,9	5,10	5,11	6,0	6,1	6,2	6,3
Libras	105	106	108	110	111	113	115	116	118	120	122	125	127	130	133
cm	154,9	157,5	160,0	162,6	165,1	167,6	170,2	172,7	175,3	177,8	180,3	182,9	185,4	188,0	190,5
kg	47	48	49	50	51	51	52	53	54	55	56	57	58	59	61

Los umbrales de pesos anteriormente mencionados son calculados con un 15% por debajo de la escala normal de la estatura y sexo del paciente como es requerido por el DSM-IV. Esta tabla refleja los pesos con un 15% por debajo del límite inferior de la escala de distribución normal de la *Metropolitan Life Insurance Table of Weights*.

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

N. Bulimia nerviosa

(⇒ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, RODEAR CON UN CÍRCULO NO EN CADA UNA Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

N1	¿En los últimos 3 meses, se ha dado usted atracones, en los cuales comía grandes cantidades de alimentos en un período de 2 horas?	NO	SÍ	7				
N2	¿En los últimos 3 meses, se ha dado usted al menos 2 atracones por semana?	NO	SÍ	8				
N3	¿Durante estos atracones, se siente descontrolado comiendo?	NO	SÍ	9				
N4	¿Hace usted algo para compensar o evitar ganar peso como consecuencia de estos atracones, como vomitar, ayunar, practicar ejercicio, tomar laxantes, enemas, diuréticos (pastillas de agua) u otros medicamentos?	NO	SÍ	10				
N5	¿Influye grandemente en la opinión que usted tiene de sí mismo su peso o la figura de su cuerpo?	NO	SÍ	11				
N6	¿CUMPLEN LOS SÍNTOMAS DEL PACIENTE CON LOS CRITERIOS DE ANOREXIA NERVIOSA?	NO	SÍ					
		↓ Ir a N8						
N7	¿Ocurren estos atracones solamente cuando está por debajo de (____libras/kg)? (ENTREVISTADOR/A: ESCRIBA EN EL PARÉNTESIS EL PESO MÍNIMO DE ESTE PACIENTE EN RELACIÓN A SU ESTATURA, BASADO EN LA TABLA DE ESTATURA/PESO QUE SE ENCUENTRA EN EL MÓDULO DE ANOREXIA NERVIOSA.)	NO	SÍ	12				
N8	¿CODIFICÓ SÍ EN N5 O CODIFICÓ NO EN N7 O SALTÓ A N8?	<table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th>NO</th> <th>SÍ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">BULIMIA NERVIOSA ACTUAL</td> </tr> </tbody> </table>			NO	SÍ	BULIMIA NERVIOSA ACTUAL	
NO	SÍ							
BULIMIA NERVIOSA ACTUAL								
	¿CODIFICÓ SÍ EN N7?	<table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th>NO</th> <th>SÍ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">ANOREXIA NERVIOSA TIPO COMPULSIVO/PURGATIVO ACTUAL</td> </tr> </tbody> </table>			NO	SÍ	ANOREXIA NERVIOSA TIPO COMPULSIVO/PURGATIVO ACTUAL	
NO	SÍ							
ANOREXIA NERVIOSA TIPO COMPULSIVO/PURGATIVO ACTUAL								

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

O. Trastorno de ansiedad generalizada

(⇒ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, RODEAR CON UN CÍRCULO NO EN CADA UNA Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

O1	a	¿Se ha sentido excesivamente preocupado o ansioso debido a varias cosas durante los últimos 6 meses?	<input checked="" type="radio"/> NO	<input type="radio"/> SÍ	1
	b	¿Se presentan estas preocupaciones casi todos los días?	<input checked="" type="radio"/> NO	<input type="radio"/> SÍ	2
		CODIFICAR SÍ, SI LA ANSIEDAD DEL PACIENTE ES RESTRINGIDA EXCLUSIVAMENTE, O MEJOR EXPLICADA POR CUALQUIERA DE LOS TRASTORNOS PREVIAMENTE DISCUTIDOS.	<input type="radio"/> NO	<input checked="" type="radio"/> SÍ	3
O2		¿Le resulta difícil controlar estas preocupaciones o interfieren para concentrarse en lo que hace?	<input checked="" type="radio"/> NO	<input type="radio"/> SÍ	4
O3		CODIFIQUE NO SI LOS SÍNTOMAS SE LIMITAN A RASGOS DE CUALQUIERA DE LOS TRASTORNOS PREVIAMENTE EXPLORADOS.			
		En los últimos 6 meses cuando estaba ansioso, casi todo el tiempo:			
	a	¿Se sentía inquieto, intranquilo o agitado?	<input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> SÍ	5
	b	¿Se sentía tenso?	<input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> SÍ	6
	c	¿Se sentía cansado, flojo o se agotaba fácilmente?	<input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> SÍ	7
	d	¿Tenía dificultad para concentrarse, o notaba que la mente se le quedaba en blanco?	<input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> SÍ	8
	e	¿Se sentía irritable?	<input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> SÍ	9
	f	¿Tenía dificultad durmiendo (dificultad para quedarse dormido, se despertaba a media noche o demasiado temprano, o dormía en exceso)?	<input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> SÍ	10
		¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE O3?			

NO SÍ

**TRASTORNO
DE ANSIEDAD
GENERALIZADA
ACTUAL**

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

P. Trastorno antisocial de la personalidad (opcional)

(⇒ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS Y RODEAR CON UN CÍRCULO NO)

P1 Antes de cumplir los 15 años:

a	¿Faltaba a la escuela o se escapaba y dormía fuera de casa con frecuencia?	NO	SI	1
b	¿Mentía, hacía trampa, estafaba o robaba con frecuencia?	NO	SI	2
c	¿Iniciaba peleas o incitaba a otros, los amenazaba o los intimidaba?	NO	SI	3
d	¿Destruía cosas deliberadamente o empezaba fuegos?	NO	SI	4
e	¿Maltrataba a los animales o a las personas deliberadamente?	NO	SI	5
f	¿Forzó a alguien a tener relaciones sexuales con usted?	NO	SI	6
	¿CODIFICÓ SÍ EN 2 O MÁS RESPUESTAS DE P1?	NO	SI	

NO CODIFIQUE SÍ, SI LA CONDUCTA ES SÓLO POR MOTIVOS POLÍTICOS O RELIGIOSOS.

P2 Después de cumplir los 15 años:

a	¿Se ha comportado repetidamente de una forma que otros considerarían irresponsable, como no pagar sus deudas, ser deliberadamente impulsivo o deliberadamente no trabajar para mantenerse?	NO	SI	7
b	¿Ha hecho cosas que son ilegales incluso si no ha sido descubierto (p. ej., destruir la propiedad, robar artículos en las tiendas, hurtar, vender drogas o cometer algún tipo de delito)?	NO	SI	8
c	¿Ha participado repetidamente en peleas físicas (incluyendo las peleas que tuviera con su cónyuge o con sus hijos)?	NO	SI	9
d	¿Ha mentido o estafado a otros con el objetivo de conseguir dinero o por placer, o mintió para divertirse?	NO	SI	10
e	¿Ha expuesto a otros a peligros sin que le importara?	NO	SI	11
f	¿No ha sentido culpabilidad después de hacerle daño a otros, maltratarlos, mentirles o robarles, o después de dañar la propiedad de otros?	NO	SI	12

¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE P2?

NO	SI
TRASTORNO ANTISOCIAL DE LA PERSONALIDAD DE POR VIDA	

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

Referencias

- Amorim P, Lecrubier Y, Weiller E, Hergueta T, Sheehan D. DSM-III-R Psychotic Disorders: procedural validity of the MINI International Neuropsychiatric Interview (MINI). Concordance and causes for discordance with the CIDI. *European Psychiatry* 1998; 13: 26-34.
- Lecrubier Y, Sheehan D, Weiller E, Amorim P, Bonora LI, Sheehan K, Janavs J, Dunbar G. The MINI International Neuropsychiatric Interview (MINI). A Short Diagnostic Structured Interview: Reliability and Validity According to the CIDI. *European Psychiatry* 1997; 12: 224-231.
- Sheehan DV, Lecrubier Y, Harnett-Sheehan K, Janavs J, Weiller E, Bonora LI, Keskiner A, Schinka J, Knapp E, Sheehan MF, Dunbar GC. Reliability and Validity of the MINI International Neuropsychiatric Interview (MINI): According to the SCID-P. *European Psychiatry* 1997; 12: 232-241.
- Sheehan DV, Lecrubier Y, Harnett-Sheehan K, Amorim P, Janavs J, Weiller E, Hergueta T, Baker R, Dunbar G. The MINI International Neuropsychiatric Interview (MINI): The Development and Validation of a Structured Diagnostic Psychiatric Interview. *J Clin Psychiatry* 1998; 59 (Suppl 20): 22-23.

CAPÍTULO X

BIBLIOGRAFÍA

- 1) Medina-Mora, ME., Borges, G., Lara, C., Benje, C., Blanco, J., Fleiz, B., Villatoro, J., Rojas, E., Zambrano, J., Casanova, L., & Aguilar-Gaxiola, S., (2005) Prevalence, service use, and demographic correlates of 12-month DSM-IV psychiatric disorders in Mexico: results from the Mexican National Comorbidity Survey. *Psychological Medicine* 35 (12), pp. 1773–1783
- 2) de Wit L, Luppino F, van Straten A, Penninx B, Zitman F, Cuijpers P. Depression and obesity: a meta-analysis of community-based studies. *Psychiatry Res.* 2010;178(2):230-235. doi:10.1016/j.psychres.2009.04.015
- 3) McElroy SL, & Keck, Jr., (2012 Dec 14) Obesity in bipolar disorder: an overview *Curr Psychiatry Rep.*, 6, pp 650-658. doi: 10.1007/s11920-012 0313-8. Review.PMID:22903246
- 4) Asociación Americana de Psiquiatría, Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM IV. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría.
- 5) MedinaMora, ME., Borges, G., Lara, C., Benje, C., Blanco, J., Fleiz, B., Villatoro, J., Rojas, E., Zambrano, J., Casanova, L., & Aguilar-Gaxiola, S., (2003) Prevalencia de los trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. *Salud Mental.*, 26, pp. 1-16

- 6) Saxena, S. La depresión es una enfermedad frecuente y las personas que la padecen necesitan apoyo y tratamiento. Octubre 09, 2012, de OMS Sitio web:http://www.who.int/mediacentre/news/notes/2012/mental_health_day_20121009/es.
- 7) Yang, H., Liu, T., Rong, H., Bi, J., Peng, E., Wang, X., Fang, Y., Yuan, C., Si, T., Lu, Z., Hu, J., Chen, Z., Huang, Y., Sun, J., Li, H., Hu, Chen, Hu., Zhang, J., & Li, L. (2014, abril 4). Evaluation of Mood Disorder Questionnaire (MDQ) in Patients with Mood Disorders: A Multicenter Trial across China. *PLoS One* 9
- 8) Kessler, R., Chiu, W., Demler, O. & Walters, E. (2005, junio) Prevalence, Severity, and Comorbidity of 12-Month DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication *Arch Gen Psychiatry.*, 62, pp. 617-627
- 9) Bray GA (2006) Obesity: The disease. *J Med Chem.* 49, pp.4001–4007.
- 10) World Health Organization: Obesity and overweight. Fact sheet N°311. Accessed 12 Apr 2012. Available via <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/index.html>.
- 11) Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados nacionales Primera edición, 2012. México.
- 12) Atlantis, E., & Baker, M. (2008, junio). Obesity effects on depression: Systematic review of epidemiological studies. *International Journal of Obesity.*, 32, pp.881–891.
- 13) Blaine B. (2008, nov). Does depression cause obesity? A meta-analysis of longitudinal studies of depression and weight control. *Journal of Health Psychology.*, 131, pp.1190–1197.
- 14) Luppino, F., de Wit, L., Bouvy, P., Stijnen, T., Cuijpers, P., Penninx BW, & Zitman, F. (2010, mar). Overweight, obesity, and depression: A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Archives of General Psychiatry.*, 67, pp. 220–229
- 15) Scott, K., Bruffaerts, R., Simon, G., Alonso, J., Angermeyer, M., de Girolamo, G., Demyttenaere, K., Gasquet, I., Haro, J., Karam, E., Kessler, R., Levinson, D.,

- Medina-Mora, M. Oakley, M., Ormel, J., Villa, J., Uda, H., & Von Korff, M. (2008, jan). Obesity and mental disorders in the general population: Results from the world mental health surveys. *International Journal of Obesity.*, 32, pp. 192–200.
- 16) Merikangas, A., Mendola, P., Pastor, M., Reuben, C., & Cleary, S., (2012, abril) The association between major depressive disorder and obesity in US adolescents: results from 2001-2004 National Health and Nutrition Examination Survey. *J Behav Med*, 35, pp.149-154.
- 17) McElroy, S.L., Kotwal, R., Malhotra, S., et al. (2004) Are mood disorders and obesity related? A review for the mental health professional. *J Clin Psychiatry.*, 62, pp.634–51
- 18) Petry, N., Barry, D., Pietrzak, R., & Wagner, J. (2008, abril) Overweight and obesity are associated with psychiatric disorders: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Psychosomatic Medicine.*, 70, pp. 288–297.
- 19) Simon, G., Von Korff, M., Saunders, K., Miglioretti, D., Crane, P., van Belle G., & Kessler, R. (2006, jul) Association between obesity and psychiatric disorders in the US adult population. *Archives of General Psychiatry.*, 63, pp. 824–830.
- 20) Blaine B. (2008, nov). Does depression cause obesity? A meta-analysis of longitudinal studies of depression and weight control. *Journal of Health Psychology.*, 131, pp.1190–1197.
- 21) Hasler, G., Pine, D., Kleinbaum, D., Gamma, A., Luckenbaugh, D., Ajdacic, V., Eich, D., Rössler, W., & Angst, J. (2005, sep). Depressive symptoms during childhood and adult obesity: The Zurich Cohort Study. *Molecular Psychiatry.*, 10, pp. 842–850.
- 22) Needham, B., Epel, E., Adler, N., & Kiefe, C. (2010, jun). Trajectories of change in obesity and symptoms of depression: The CARDIA study. *American Journal of Public Health.*, 100, pp. 1040–1046.
- 23) Goldstein, B., Liu, S., Zivkovic, N., Schaffer, A., Chien, L. & Blanco C. (2011, junio 1). The burden of obesity among adults with bipolar disorder in the United States. *Bipolar Disord.* 13, pp. 387-395

- 24) Silarova, B., Giltay, E., Van Reedt, A., Van Rossum, E., Hoencamp, E., Penninx, B. & Spijker, A., (2015, feb, 15). Metabolic syndrome in patients with bipolar disorder: Comparison with major depressive disorder and non-psychiatric controls. *Journal of Psychosomatic Research*, 78, pp 391-398.
- 25) De Almeida, K., Moreira, C., & Lafer B. (2012) Metabolic syndrome and bipolar disorder: what should psychoatrists know? *CNS Neurosci.*, 18, pp. 160–166.
- 26) Vancampfort, D., Vansteelandt, K., Correll, C., Mitchell, A., De Herdt, A., Sienaert, P., et al. (2013) Metabolic syndrome and metabolic abnormalities in bipolar disorder: a metaanalysis of prevalence rates and moderators. *Am J Psychiatry*, 170, pp.265–274
- 27) Lecrubier Y, Sheehan DV, Weiller E, Amorim P, Bonora I, Harnett Sheehan K, Janavs J, Dunbar GC: The Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): a short diagnostic structured interview. Reliability and validity according to the CIDI. *Eur Psychiatry* 1997, 12:224-231.
- 28) Sheehan DV, Lecrubier Y, Harnett Sheehan K, Janavs J, Weiller E, Keskiner A, Schinka J, Knapp E, Sheehan MF, Dunbar GC: The validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) according to the SCID-P and its reliability. *Eur Psychiatry* 1997, 12:232-241.
- 29) World Health Organisation: The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: diagnostic criteria for research. Geneva: World Health Organisation; 1993.
- 30) AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR. Barcelona: Masson 2002.
- 31) Bobes J: A Spanish validation study of the mini international neuropsychiatric interview. *Eur Psychiatry* 1998, 13(Suppl 4):198-199.
- 32) Benjamin J. Sadock, Harold I. Kaplan, Virginia A. Sadock. Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/clinical Psychiatry. Lippincott Williams & Wilkins, 2007.

- 33) Jacobi F, Wittchen H-U, Höflinger C, Höfler M, Möller N, Pfister H, Lieb R (2004) Prevalence, comorbidity and correlates of mental disorders in the general population: Results from the German Health Interview and Examination Survey (GHS). *Psychol Med* 34:597-611.
- 34) Tohen M, Goodwin FK (1995) Epidemiology of bipolar disorder. In Tsuang MT, Tohen M, Zahner GEP (eds) *Textbook in Psychiatric Epidemiology*. New York: John Wiley, pp. 301-315.
- 35) Weissman MM, Bland RC, Canino GJ, Faravelli C, Greenwald S, Hwu HG, Joyce PR, Karam EG, Lee CK, Lellouch J, Lepine JP, Newman SC, Rubio-Stipec M, Wells JE, Wickramaratne PJ, Wittchen H, Yeh EK (1996) Cross-national epidemiology of major depression and bipolar disorder. *JAMA* 276: 293-299
- 36) Vazquez-Barquero JL, Manrique JFD, Munoz J, Arango JM, Gaite L, Herrera S, Der GJ. Sex-differences in mental illness ^ A community study of the influence of physical health and sociodemographic factors. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1992 27: 62-68.

CAPÍTULO XI

RESUMEN AUTOBIOGRÁFICO

Brenda Iveth Buxadé Flores

Candidata para el Grado de Especialista en Psiquiatría General.

Tesis: “ESTUDIO DE COHORTE RETROSPECTIVO: ANTECEDENTE DE
SOBREPESO Y OBESIDAD EN PACIENTES DE CONSULTA PSIQUIÁTRICA DE
PRIMERA
VEZ CON DIAGNÓSTICOS DE TRASTORNOS
DEL ESTADO DE ÁNIMO”

Campo de estudio: Ciencias de la salud

Biografía:

Nacida en Monterrey, Nuevo León, México, el 15 de diciembre de 1987, hija de Manuel Buxadé Hernández y Brenda Araceli Flores Flores. Hermana de Manuel y Marcelo Buxadé Flores.

Egresó de la carrera de Médico Cirujano y Partero de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Nuevo León en agosto del 2011. Después cursó la especialidad en Psiquiatría General en Departamento de Psiquiatría del Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González” (Universidad Autónoma de Nuevo León) de marzo del 2013 a febrero del 2017.